

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/09/2016		Doença de Crohn	Ruim	Temos duas situações:1) Em alguns casos a inflamação está localizada também no reto e é importante o tratamento com o supositório de mesalazina. Logo, precisamos que a mesalazina supositório esteja no rol dos medicamentos para portadores da DC;2) Alguns pacientes perdem a resposta aos medicamentos biológicos após certo tempo de uso, o que faz com que seja necessário a redução do prazo para aplicação das doses, gerando aumento de dosagem. Precisamos atualizar o PCDT também nesse aspecto;3) Finalmente, existem outros biológicos no país já aprovados pela ANVISA. São produtos desenvolvidos especificamente para DC e Retocolite Ulcerativa, ao contrário dos biológicos atualmente disponibilizados, que foram desenvolvidos para os pacientes da reumato e usados, com algum êxito, nos pacientes das inflamatórias intestinais.	O PCDT é seguido em Minas Gerais mas, diante da necessidade dos ajustes sugeridos na resposta 8, temos experimentado um grande número de judicialização. Isso não acontece por opção do paciente mas por absoluta necessidade de conseguir o tratamento adequado. Um simples ajuste no PCDT possibilitaria redução imediata nos casos de judicialização dos portadores da Doença de Crohn, com impacto positivo não apenas na qualidade de vida dos portadores mas também na economia para os cofres públicos.	Não. Gostaríamos de anexar documentos mas acreditamos que a própria SES MG possa disponibilizar os números da judicialização no Estado de Minas. Reiteramos nosso pedido, afirmando que os reflexos positivos incidirão sobre a qualidade de vida dos portadores e sobre a economia aos cofres públicos.	
27/09/2016	Paciente	Doença de Crohn	Regular	A falta de continuidade do tratamento por falta crônica do medicamento no estado de Minas Gerais	Falta de medicamentos fornecidos pelo governo		
27/09/2016	Profissional de saúde	Asma	Boa	No estado de Rondonia atendemos muitos pacientes que são classificados como portadores de Asma no PCDT de Asma mais também são classificados como portadores de DPOC. Fazem uso no PCDT de Asma de Formoterol/budesonida 12/400. No protocolo de DPOC estes pacientes precisam de um exame de inclusão (dosagem de potássio) o que não é cobrado no protocolo de ASMA. Em conversa com os colegas estávamos discutindo a necessidade do exame para os usuários de Formoterol/budesonida que utilizam o medicamento pelo PCDT de ASMA mais também estão no PCDT de DPOC.	no Estado de Rondônia temos dificuldade com médicos especialistas, que são escassos para atender uma demanda grande da população. E também a realização do exame de espirometria.		
27/09/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	É preciso seguir os guidelines internacionais, permitindo a terapia combinada (dupla ou tripla), incluindo novas terapias de tratamento já aprovadas no Brasil, bem como ampliação do Protocolo para Hipertensão Pulmonar, incluindo, nele, a Hipertensão Arterial Pulmonar e a Hipertensão Pulmonar Tromboembólica.	Interesses desconhecidos dificultam a implantação, uma vez que não estamos buscando nenhuma inovação no campo da medicina, mas apenas seguir o que vinha se praticando para salvar a vida dos pacientes: a terapia combinada. Para doenças crônicas, não raro, são necessários 2 ou mais medicamentos para tratamento. Em se tratando de uma doença fatal, esta necessidade, então, deve ser assistida.	Gostaria de compartilhar o abaixo-assinado que temos em aberto no momento, solicitando a revisão do referido protocolo: <a href="http://chn.ge/1W3fZMt">http://chn.ge/1W3fZMt</a>	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Evidente necessidade de incluir no Protocolo a TERAPIA COMBINADA (com recomendação médica) pois grande maioria dos pacientes necessitam de mais de uma medicação para combater os sintomas da Hipertensão Arterial Pulmonar. Ampliação do protocolo para outras formas de Hipertensão Pulmonar como por exemplo a HPTC. Inclusão de novas terapias (medicações já aprovadas em outros países)	O Protocolo Clínico é uma ferramenta importante para padronizar de forma nacional o tratamento da Hipertensão Pulmonar. Por ser uma doença rara, grave e ainda sem cura, necessita de cuidados urgentes e imediatos, portanto esse instrumento é muito importante para os pacientes e profissionais de saúde.	Nós, pacientes e familiares, necessitamos urgência na aprovação da terapia combinatória e da inclusão de novas terapias no PCDT, pois assim teremos mais medicações para nossa luta diária contra essa terrível enfermidade que é a Hipertensão Arterial Pulmonar.	
27/09/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão Pulmonar.	Burocracia e descaço do governo.		
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.	O método de fornecimento é falho, pois além de ser lento e burocrático, muitas vezes os remédios entram em falta.	Ver o item 8.	
27/09/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.	Acredito que o método seja falho, sistema é lento e muitas das vezes os medicamentos estão em falta, como no atual momento, meu marido se encontra sem um dos medicamentos há 6 meses.	É preciso que entendam que é da vida de outras pessoas que estamos falando. É preciso dar condições de saúde para se ter vida. É um absurdo que as pessoas que precisam de medicamentos não os tenham!!	
27/09/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar			
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar	Dificulta, preciso buscar tratamento em outros estados.		
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar	Toda a burocracia causada pela corrupção no Brasil.		
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias e inclusão de terapias combinadas.		Sobre a falta de medicamentos que vem acontecendo em nosso País. Isso para os pacientes com esta doença é muito sério, fazendo com que pacientes sejam condenados a ficar preso num balão de oxigênio e até mesmo chegando a óbito.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Terapia combinada	Governo liberar a terapia combinada	A doença já nos penaliza então ter um protocolo digno. Facam um protocolo junto aos médicos aos médicos de hipertensão pulmonar. Os médicos nem ouvidos foram sobre esse protocolo.	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	É necessário incorporar novas drogas para garantir um tratamento mais amplo, além de incluir o tratamento combinado para que pacientes que necessitam possam ser medicados de maneira correta.	A dificuldade está na falta de terapia combinada neste protocolo, pois isso causa a judicialização de Estado e União quando o paciente necessita ser tratado com mais de um medicamento.	Faz-se necessário uma reavaliação para adequar novos tipos de hipertensão pulmonar que estão sendo diagnosticadas secundárias a outras doenças.	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Hoje temos 14 terapias combinadas, mas no Brasil só temos três!			
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de mais medicamentos aprovados na ANVISA como XARELTO, RIOCIQUAT, TADALAFILA, MACITETAN. Além de incluir terapia de oxigênio domiciliar para pacientes.	o desconhecimento da doença e a falta de interesse do estado em colocar orçamento em medicamentos como ambrisentana e ilprost. Isso gera demanda judicial. Os estados não estão liberando terapia combinada. Eles liberam apenas um medicamento para tratamento.	Inclusão da medicação para pacientes do grupo IV e outros tipos de hipertensão pulmonar. Que é HP com pacientes de trombose. Eles são excluídos desse protocolo.	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito boa	Importante dizer que somos pacientes e temos direito a vida, e mesmo que um medicamento não esteja registrado ainda ou na lista ele pode salvar muitas vidas ou dar melhor condição de vida	o que dificulta e a burocracia, mais antecipo que esta não esta de tudo errada. mais a pergunta é, quanto tempo muitas pessoas poderão esperar liberações.	Sim gostaria, sou portadora de HAP a 7 anos e tenho muitos amigos que estão tendo dificuldade em obter os medicamentos que já são poucas opções aqui no Brasil. E como participo de grupos, vejo notícias de pessoas perdendo a vida todos os dias. Não quero com isso dizer que e pela falta de medicamento, mais que tal dizer que sim que foi pela falta de medicamento. Todos nós somos iguais e diante disto estamos sujeitos a passar pelo mesmo problema que estas pessoas enfrentam. Então vamos nos colocar no lugar delas. E se fosse com vc ou com alguém de sua família. A sua decisão seria a mesma?	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito boa	Importante dizer que somos pacientes e temos direito a vida, e mesmo que um medicamento não esteja registrado ainda ou na lista ele pode salvar muitas vidas ou dar melhor condição de vida	o que dificulta e a burocracia, mais antecipo que esta não esta de tudo errada. mais a pergunta é, quanto tempo muitas pessoas poderão esperar liberações.	Sim gostaria, sou portadora de HAP a 7 anos e tenho muitos amigos que estão tendo dificuldade em obter os medicamentos que já são poucas opções aqui no Brasil. E como participo de grupos, vejo notícias de pessoas perdendo a vida todos os dias. Não quero com isso dizer que e pela falta de medicamento, mais que tal dizer que sim que foi pela falta de medicamento. Todos nós somos iguais e diante disto estamos sujeitos a passar pelo mesmo problema que estas pessoas enfrentam. Então vamos nos colocar no lugar delas. E se vc com vc ou com alguém de sua família. A sua decisão seria a mesma?	
27/09/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Necessidade urgente de inclusão de novos fármacos testados e parovatos para o tratamento da HAP. Liberação pelo protocolo do tratamento combinado entre os medicamentos para que os pacientes possam receber tratamento digno e assim reduzir processos de judicialização da saúde. Atualização dos dados sobre a HAP para ampliação de novos tipos de HAP.	Atrapalha a falta do tratamento combinado entre duas ou mais drogas para o tratamento da HAP.	Se faz urgente a atualização deste protocolo pois pacientes estão indo a óbito por negligência dos Estados e União em tratar com dignidade e de forma devida as pessoas com hipertensão arterial pulmonar.	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Precisamos de um protocolo de drogas associadas, não um medicamento apenas. Também o país precisa se atualizar com as novas medicações ou mesmo antigas q ainda não são aprovadas pela Anvisa aqui e nem pelo sus. É também fornecer a medicação sem interrupções e sem o paciente ficar anos num processo judicial.	Aqui acho q o centro de referência é ótimo. Médicos excelentes. Falta mesmo medicamentos.	Eu uso o flolan (epoprostenol) um medicamento usado em larga escala no EUA, Europa e Japão. Medicamento existente a 20 anos. Tratamento ouro p Hp e q aqui nem aprovação pela Anvisa tem. Será q estamos certos e os outros países errados?	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.			
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Recado MUITO importante. A Conitec está com uma enquete para opinarmos sobre o Protocolo de Hipertensão Pulmonar. Precisamos que TODOS dêem a opinião, pedindo a revisão do protocolo: <a href="http://conitec.gov.br/enquetes">http://conitec.gov.br/enquetes</a> inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar".		A necessidade de processo judicial para liberação de medicamentos, prejudica muito os pacientes. A falta dos medicamentos que costumam sempre acontecer, faz com que muitos pacientes morram.	
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	É necessário a inclusão de novas terapias. Liberação da terapia combinada e a ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.			
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar	Onde moro não tem apoio de para fazer tratamento, muitas dificuldades de medicamentos, e falta de profissionais capacitados e não tem nem um centro de referência.		
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Novos medicamentos, liberação de terapia combinada e ampliação para outros tipos de Hap.	A força da associação, ajuda.	Não.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
27/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Liberação da terapia combinada, inclusão de novas terapias	Estou com dificuldade no tratamento justamente pelo Estado não aceitar a terapia combinada, logo só posso retirar uma medicação pelo Estado. O outro tenho que comprar e custa muito caro.	Sim. A HAP ser mais divulgada pois muitos desconhecem a doença e acham que é uma frescura nossa. Temos algumas necessidades especiais como subir escadas e nem todos os lugares tem elevadores.	
27/09/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novos medicamentos, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de HAP.	Dificulta a falta da terapia combinada.	Que bom que já temos o protocolo mas, ainda falta funcionar plenamente no país.	
27/09/2016	Interessado no tema	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias e conjuntas			
28/09/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Inclusão de novos medicamentos, uso de terapia combinada, livre escolha do medicamento pelo médico sem seguir a ordem de um medicamento específico, obrigação do fornecimento de reabilitação cardíaca em todos os hospitais referência, distribuição do medicamento diretamente no hospital onde o paciente se trata. Não obrigatoriedade de cateterismo qdo a pressão já é alta e sem dúvidas de ser hap para se receber a medicação.	Meu filho não foi aprovado para receber a medicação sildenafil pois o protocolo sugere que primeiramente se use outro medicamento. No entanto, a resposta ao sildenafil foi muito melhor do que o outro durante o cateterismo. Seguir o protocolo seria arriscar uma melhora.	O paciente sofre meses até a primeira consulta e a burocracia de ser obrigatório o cateterismo, faz com que muitos piores até sua realização.	
28/09/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Colocar mais medicamentos aprovados pela ANVISA no Protocolo de tratamento DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR como: XARELTO, RIOCIQUAT, MACITETAN E TADALAFILA, porque nem todo paciente consegue adaptar ao tratamento com os medicamentos prescritos e autorizados no Protocolo. Além de disponibilizar alternativa de terapia combinada de medicamentos e também de também de tratamento não medicamentoso como terapia com oxigenoterapia domiciliar.	O Ambrisentana e o Iloprost não estão sendo distribuídos no meu estado, dificultando e atrasando o tratamento de alguns pacientes.	Sim, ter maior abrangência dos tratamentos de outros tipos de Hipertensão Arterial Pulmonar, um exemplo bastante frequente é a Hipertensão Arterial Pulmonar associada a TEP, esse protocolo não abrange esse tipo de tratamento.	
28/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão arterial pulmonar			
28/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A HAP tem como origem ou causa a fibrose pulmonar Idiopática? Pergunto. Porque a FPI não é considerada pelo MS, como uma doença rara, crônica e fatal, como a fibrose cística?	Obsequê dificulta, é a aquisição de medicamentos considerados pelos pneumologistas, como adequadas clinicamente para a doença.	Pessoas estão morrendo, por falta de medicamentos específicos não fornecidos. Não adianta o CONITEC sugerir a utilização de paleativos fármacos, quando a assistência ao paciente é dada no consultório pelo pneumologista. Eubisolcetei o fornecimento de um medicamento pifrenex e me foi negado. Sou aposentado e com ajuda de familiares e amigos, através de "vaquinhas" estou importando. O que o estado deveria me subsidiar.	
28/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar			
29/09/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A diversidade de medicamentos ainda é restrita. Pacientes estrangeiros já tem acesso a um número considerável de medicamentos e nós, não. Isso é ruim pq nem todos se adaptam aos medicamentos existentes hj no Brasil o que dificulta a qualidade e o tempo de vida.	Decisões da Anvisa e boa vontade governamental	Gostaria de sugerir subsídios para a produção de alguns medicamentos. O valor é muito elevado	
02/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A possibilidade de ter mais medicamentos, uma vez que no Brasil existem três ou quatro disponíveis, sendo que no mundo existem cerca de 14 autorizados pelas agências de saúde internacionais. Autorizar também a existência de terapia combinada, porque o protocolo não permite. E isso dificulta muito o tratamento dos pacientes.	Alguns regimentos da Anvisa, apesar de todo o cuidado necessário para os protocolos de saúde, dificultam a permissão de determinados medicamentos, impossibilitando uma diversidade maior de drogas que auxiliariam muito o tratamento. Maior boa vontade governamental. Parece que o Estado brasileiro se preocupa muito pouco com as chamadas doenças raras, principalmente da HAP.	Não	
03/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Amplicar o uso dos medicamentos possibilitando a biterapia: sildenafil+ bosentana ou ambrisentana	Devido a extensão do estado MG é difícil manter centros de referência em todas as regiões. Há falta de especialistas.		
05/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Gaucher	Boa	Conheço um paciente e ele ficou muito melhor com o uso da medicação			
05/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Gaucher	Muito boa	NEHUMA ACHO QUE TÁ MUITO BOM	COM RELAÇÃO A EXAMES CLINICOS		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
06/10/2016	Interessado no tema	Doença de Gaucher	Regular	A imiglicerase, por ser uma enzima evidentemente mais barata, deve ser indicada como primeira opção.		Apenas ressaltar que, levando em consideração o colocado pelo próprio PCDT, o uso da imiglicerase está muito mais documentado, razão que reforça ainda mais a importância de indicar essa enzima como primeira opção.	
06/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Regular	Acredito ser interessante a abertura para drogas inovadoras (via oral etc), facilitando adesão ao tratamento.	Dificuldade de realização de exames complementares pelo Estado / Sistema SUS solicitados pelo protocolo. Sabendo que o medicamento pode ser entregue ao paciente, não é o que ocorre em minha região / serviço. As entregas são feitas diretamente da DRS 4 para o Hemonúcleo de Santos, de acordo com a logística e disponibilidade deles.	Não	
06/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Muito boa	o protocolo atual esta muito bom não necessitando acrescentar mais nada	tenha uma paciente com peso de 100kg necessitando de 14 fr de imiglicerase só que é liberado 12 fr por infusão	rever esses casos de pacientes com sobre peso	
06/10/2016	Interessado no tema	Doença de Gaucher	Ruim	Após pesquisas verificou-se que a enzima imiglicerase é comprovadamente mais barata e sendo assim deveria ser indicada como primeira opção.		Conforme dados do próprio PCDT atestou-se que a eficácia na utilização da enzima imiglicerase é muito maior. Assim, a referida enzima deve ser utilizada como primeira opção.	
07/10/2016	Interessado no tema	Doença de Gaucher	Boa	Gostaria de informar que existe uma enzima mais barata (imiglicerase) que poderia ser usada no lugar da atual.		Existem experiências que indicam que com a enzima imiglicerase tem eficácia e é mais barata, devendo ser a primeira opção.	
07/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	Ampliar os diagnósticos para gaucher, onde não só ter hesplenomegalia e hepatomegalia como principal diagnóstico e sim na área óssea, Pulmonar, nefro é assim por diante. Porque atualmente estamos encontrando pacientes com manifestações graves ósseas e não apresentam hepato. E nem hesple. Com uma leve plaquetomia e leucopínea. Pacientes com hipertensão Pulmonar feito exames de enzima e são pacientes de Gaucher.	Falta de vontade de médicos para conhecer melhor essa doença e no governo descaço. Novas medicações que sejam disponíveis no Brasil.	Pacientes que estão já a mais 2 anos em tratamento, não precisaria fazer todo protocolo para trocar de medicação, como exames de ultra-som, RX, etc. Lógico que os novos pacientes é fundamental fazer para adquirir o medicamento de alto custo.	
07/10/2016	Paciente	Doença de Gaucher	Boa	MAIS COISAS SOBRE A PARTE ÓSSEA. TENHO PROTESES TOTALDE QUADRIL NAS DUAS PERNAS E NOS DOIS OMBROS	PRA MIM NÃO AJUDA MUITO, PORQUE PRECISAMOS SÃO DE MÉDICOS, E ESTAMOS CARENTES NESTA PARTE.	O CENTRO DE TRATAMENTO EM MINAS PARA OS PORTADORES DE GAUCHER QUE JÁ FOI MUITO FALADO E NUNCA REALIZADO. MUITAS PESSOAS AINDA NÃO SÃO TOTALMENTE ESCLARECIDAS DO QUE PODE ACONTECER SE UMA NECROSE FOR DIAGNOSTICADA COMO TENDINIT	
07/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Adicionar outros medicamento que são importantes para o tratamento de hipertensão pulmonar, como riociguat, rivaroxaban(xarelto) e iloprost e macitentan. Que já são liberados pela anvisa, mas não faz parte do protocolo de tratamento da Hipertensão pulmonar.	O que dificulta é que o governo só disponibiliza os medicamentos bosentana e sildenafil. Não disponibiliza o ambrisentana que a minha filha pegaria na farmacia de alto custo. Deixando de cumprir o protocolo de tratamento da Hipertensão pulmonar.	Inclusão e liberação da oxigenoterapia no tratamento. Já foi estudado que esse tratamento necessita da utilização de oxigênio. Porque a doença deixa a pessoa muito fadigada e cansada.	
07/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Adicionar outros medicamento que são importantes para o tratamento de hipertensão pulmonar, como riociguat, rivaroxaban(xarelto) e iloprost e macitentan. Que já são liberados pela anvisa, mas não faz parte do protocolo de tratamento da Hipertensão pulmonar.	O que dificulta é que o governo só disponibiliza os medicamentos bosentana e sildenafil. Não disponibiliza o ambrisentana que a minha filha pegaria na farmacia de alto custo. Deixando de cumprir o protocolo de tratamento da Hipertensão pulmonar.	Inclusão e liberação da oxigenoterapia no tratamento. Já foi estudado que esse tratamento necessita da utilização de oxigênio. Porque a doença deixa a pessoa muito fadigada e cansada.	
10/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Regular	Se há dentre as opções de primeira linha uma enzima mais barata, esta deveria ser indicada como primeira opção.		A enzima imiglicerase mostrou-se mais eficaz que a atualmente padronizada. Além disso, tem custo menor, o que evidencia a necessidade de estabeleça-la como primeira linha dado o cenário de restrições de recursos que poderiam ser alocados em outros PCDTs.	
11/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar	A dificuldade no tratamento, o pacientes precisa recorrer a justiça para poder receber a medicação. Isso leva tempo e o tempo importa para os pacientes de HAP.	Não	
12/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.	Sofremos com a falta dos poucos medicamentos que são disponibilizados. Vários pacientes pioram as condições de vida e alguns chegam a óbito.		
12/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.	Sofremos com a falta dos poucos medicamentos que são disponibilizados. Vários pacientes pioram as condições de vida e alguns chegam a óbito.		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
12/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Creio que as opções de tratamento relatadas no PCDT estão desatualizadas. Para pacientes com HAP há ainda opção importante como Macitentan que é um antagonista não seletivo dos receptores da endotelina, criado com a modificação da molécula da bosentana com clara evidência de redução da morbidade e mortalidade. E para pacientes do grupo 4 sequer há menção terapêutica medicamentosa dos pacientes que são classificados como hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) inoperável e HPTEC persistente ou recorrente após tratamento. Para este grupo em especial há opção terapêutica medicamentosa chamada Riociguat que é um estimulador direto da guanilato ciclase solúvel e atua de maneira independente da disponibilidade de óxido nítrico local. Há evidências claras de melhora hemodinâmica, funcional, na capacidade de exercícios físicos e principalmente na redução do tempo de agravamento clínico. Em casos selecionados pode até ser administrado concomitantemente com drogas de outras vias. Os medicamentos citados acima deveriam ser considerados, uma vez que a HAP é uma doença progressiva e fatal com poucas opções terapêuticas atualmente disponíveis no Brasil.	O que dificulta na implantação está na sensibilização das autoridades competentes sobre a importância e na gravidade dessa doença. Os pacientes que são tratados em nosso centro de referência muitas vezes não recebem até mesmo os medicamentos já aprovados pela ANVISA.	Gostaria de ressaltar que paciente não deve ser considerado como simples número estatístico e sim como um ser humano que convive com uma doença grave, incapacitante e à espera de um tratamento que possa trazer melhor qualidade de vida.	<a href="#">Clique aqui</a>
12/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Adicionar outros medicamentos para a patologia			
13/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1) Acrescentar a nova droga vasodilatadora para tratamento específico no Brasil de hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (grupo IV) para os casos inoperáveis, que é o Riociguat. 2) Acrescentar a terapia combinada nas possibilidades terapêuticas desde o início do tratamento nos casos graves (CF III e IV), pois temos estudos bem recentes que demonstraram benefícios em tal conduta terapêutica. 3) Acrescentar Macitentan como opção de droga vasodilatadora. 4) Acrescentar e disponibilizar os análogos da prostaciclina (Epoprostenol, p.ex.) na terapêutica da CF IV	1) Tem-se no PCDT Iloprost como opção terapêutica, porém o mesmo não é disponível no Brasil. precisamos urgentemente um análogo da prostaciclina disponível! 2) Cada vez mais depara-se com casos graves (CF III-IV) nos Centros de Referência, necessitando de terapia combinada desde o início! 3) Tem-se casos de CETPH que não são cirúrgicos, graves e que necessitam de terapia vasodilatadora específica (Riociguat), o qual está comprovadamente indicado para estes casos! 4) Não conseguimos realizar Ecocardiograma a cada 3 meses (e nem há necessidade nos casos estáveis) e sim a cada 6 meses a 1 ano	Realmente a presença de um Centro de Referência local facilita a implantação deste Protocolo e evita abusos em prescrição de medicamentos e outras condutas. Sendo assim, a assinatura e carimbo dos responsáveis pelo Centro de Referência deveria ser um ponto positivo no momento da implantação e manutenção do PCDT, bem como da prescrição da conduta terapêutica	
13/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada, ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.			
13/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Gaucher	Regular	Entre as opções de primeira linha, há uma enzima claramente mais barata (Imiglicerase) que deveria, portanto ser indicada como primeira opção.		Reforçando esse posicionamento, que a experiência conforme dados deste mesmo documento (PCDT) é muito maior com a enzima imiglicerase. por isso reforço como primeira opção o uso dela.	
13/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Muito boa	*			
13/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Ruim	Deveria ser informado que há uma alternativa financeiramente mais viável - imiglicerase, o que a levaria a portanto a ser a primeira opção no tratamento da doença.		Tendo em vista não somente o custo sensivelmente mais reduzido da imiglicerase para a mesma resposta no tratamento, há também a questão da maior experiência com essa enzima no tratamento da doença, o que endossa novamente a escolha da imiglicerase como primeira opção de tratamento.	
13/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.	Insuficiência de informações, dificuldade de articulação dos serviços públicos e de acesso a novas terapêuticas		
13/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Doença de Gaucher	Regular	A experiência dos médicos brasileiros com a alfatiglicerase, pois seu uso chegou no máximo a cerca de 80 pacientes e hoje tem cerca de 35 em uso do medicamento, devido a falha na resposta terapêutica ou reações adversas ao medicamento. Infelizmente não há publicação dessa experiência mas acredito que os médicos que prescreveram uma vez esse medicamento poderiam preencher um questionário sobre a sua experiência.	Colocar a alfatiglicerase como um medicamento de primeira escolha para o tratamento dos mais de 600 pacientes brasileiros, que tiveram uma excelente resposta com a Imiglicerase é difícil. Acho que essa questão precisa ser revista de acordo com a nossa experiência de uso do medicamento e da resposta, dos pacientes.	A inclusão de ressonância magnética na avaliação inicial, porque tenho exemplo de pacientes que apresentavam Raio-X normal e tinham infiltração de medula óssea que pode levar a graves consequências como osteonecrose, com necessidade no futuro de realização de prótese de quadril ou ombro. Importante para se definir a dose. Sugiro leitura do artigo dos colegas argentinos: Am J Hematol. 2016 Oct;91(10):E448-53, que faz importante análise da dose e resposta o longo dos anos.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
13/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Crohn	Ruim	A PCDT está desatualizada. Faltam os seguintes itens: 1. inclusão do uso do Adalimumabe em pacientes pediátricos (está aprovado em bula); 2. inclusão da otimização do Adalimumabe em pacientes que estão em uso, que são respondedores mas que estão perdendo resposta (40mg semanalmente); 3. inclusão da otimização da dose do infliximabe em paciente que estão perdendo resposta, mas que estavam respondendo a dose inicial (está na bula, dose de 10mg/kg); 4. inclusão do Vedolizumabe no tratamento da doença de Crohn e da Retocolite ulcerativa, conforme consta na bula do remédio (300mg na semana 0, 2 e 6 na colite ulcerativa e depois 300mg 8/8 semanas na manutenção e a cada 4 semanas como otimização; na doença de Crohn tudo igual, exceto uma dose adicional de 300mg na indução na semana 10)	Trabalhamos num centro de referência com mais de 500 pacientes portadores de doença inflamatória intestinal, dos quais pelo menos 40% são moderados ou graves. A inclusão destes novos medicamentos, tais como o Vedolizumabe e a confirmação das doses corretas de otimização de medicamentos e uso de adalimumabe em pediatria são fundamentais para o atendimento destes pacientes e sua melhor resposta ao tratamento, melhorando qualidade de vida e reduzindo custos, internações e cirurgias.	1. o texto está incorreto na página 133, quando se diz que o adalimumabe não está aprovado na faixa etária pediátrica. Esta informação já consta na bula do medicamento (6 a 17 anos).2. o texto na página 134 está incorreto, pois a azatioprina pode ser utilizada em gestantes com segurança, sem riscos para o feto. Ela não apresenta taxas altas de abortamento, conforme citado no texto. Apenas o metotrexate e talidomida são contra indicados em gestantes e mulheres que pretendem engravidar. 3. os medicamentos biológicos, tais como adalimumabe e infliximabe podem ser usados com segurança na gestante se necessário até o final da gestação. recomenda-se em pacientes em remissão suspender temporariamente estes medicamentos no terceiro trimestre. Caso a gestante receba estas medicações até o final da gestação, o recém nascido não poder ser vacinado com vacinas de vírus atenuados, tais como o BCG até completarem 6 meses de vida. 3. Na página 3 há um erro onde se recomenda suspender a terapia biológica. Os trabalhos demonstram que mais que 50% dos pacientes apresentam recidiva dos sintomas com esta conduta. Anexei uma série de referências e me encontro a disposição para maiores esclarecimentos. Sou membro do GEDIB (Grupo de estudos das doenças inflamatórias intestinais do Brasil), assim como membro da ABCD (Associação Brasileira de Crohn e Colite) e do ECCO (European Crohn and Colitis Organisation), além de médico do ambulatório de doenças inflamatórias intestinais do HCFMRP-USP.	<a href="#">Clique aqui</a>
13/10/2016	Interessado no tema	Doença de Gaucher	Regular	a opção imiglucerase deveria ser a 1ª opção por ser mi barata.	os custos	nada	
15/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Crohn	Regular	precisamos atualizar as indicações dos biológicosPrecisamos incluir o CID k 51.0 de RETOCOLITE ULCERATIVA.PRECISAMOS INCLUIR OS NOVOS BIOLÓGICOS JÁ APROVADOS PELA ANVISA CERTOLIZUMABE PEGOLVEDOLIZUMABE	AJUDA MAS NECESSITA DE ATUALIZAÇÃO	INCLUIR OS NOVOS BIOLÓGICOS .INCLUIR RETOCOLITE ULCERATIVA	
16/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Gaucher	Ruim	Que seja respeitada a indicação médica pois somente o médico sabe o que é melhor pro paciente.	Poucos estudos de segurança com o produto e demora da entrega.		
16/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Gaucher	Ruim	A indicação médica deve ser respeitada acima de tudo.			
16/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Crohn	Regular	O atual PCDT está desatualizado. Muito conhecimento já acumulamos desde 2009. Tem que ser revisito: - indicação dos biológicos na gestação e amamentação; - possibilidade de indução de remissão nos casos graves com o uso de biológicos; - manutenção da remissão com os biológicos (principalmente nos pacientes que precisaram destes medicamentos para sair da crise, que entraram em crise mesmo utilizando imunossupressores); - remissão pós-operatória: estratificar os pacientes pelo "risco de recidiva" que apresentam, individualizando a melhor estratégia para prevenção de recidiva;- avaliar o uso de imunossupressores em pacientes idosos	Ajuda: a melhor disseminação do conhecimento sobre a doença e seus tratamentos e a organização de grupos de referência para tratamento destes pacientes; a existência de um grupo de portadores que orientam os pacientes e permitem melhor acessibilidade a conhecimento e aos medicamentos	A necessidade da revisão do protocolo de Retocolite ulcerativa, que é mais antigo que este e também está muito defasado.	
17/10/2016	Paciente	Doença de Crohn	Regular	Tds são muito importantes	Os prazos e o tempo de cada passo a passo. Em alguns procedimentos algumas etapas poderiam ser puladas	Não há comentários	<a href="#">Clique aqui</a>
18/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Crohn	Ruim	É importante acrescentar as novas formas de tratamento disponíveis, tais como o medicamento Vedolizumab, e o transplante de medula óssea. Não consta no protocolo como o paciente pode solicitar os medicamentos pelo SUS, incluindo os de alto custo, e o que fazer quando o sistema de saúde ou os planos de saúde negarem um medicamento, exame ou procedimento para um paciente.	O que dificulta é a corrupção e a falta de interesse dos políticos, que investem pouco na Saúde do país, negligenciando a população. Muitos pacientes precisam entrar com liminar para terem seus direitos garantidos, e para muitos o direito de sobreviver lhe é negado pelo Estado ou pelo plano de saúde.	O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite Ulcerativa também precisa ser atualizado, pois não faz sentido uma das doenças inflamatórias intestinais ter mais direitos garantidos (Crohn) do que outra (Retocolite Ulcerativa).	
19/10/2016		Doença de Crohn	Boa	Acrescentar Certolizumabe Pegol e Vedolizumabe. Detalhar e aprovar a possibilidade de uso como terapia primária em casos com alto risco de complicações, ou com lesões graves ou extensas.	Nada. A aplicação é fácil.	Sim. A falta de bom senso nas diretrizes da retocolite ulcerativa onde não está contemplado o uso de biológico, fundamental nos Cádiz graves e com risco cirúrgico.	<a href="#">Clique aqui</a>
19/10/2016		Doença de Crohn	Boa	Acrescentar Certolizumabe Pegol. Detalhar e aprovar a possibilidade de uso como terapia primária em casos com alto risco de complicações, ou com lesões graves ou extensas	Nada. A aplicação é fácil.	Sim. A falta de bom senso nas diretrizes da Retocolite Ulcerativa onde não está contemplado o uso de biológico, fundamental nos Cádiz graves e com risco cirúrgico	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
19/10/2016		Doença de Crohn	Boa	Acrescentar Vedolizumabe. Detalhar e aprovar a possibilidade de uso como terapia primária em casos com alto risco de complicações, ou com lesões graves ou extensas.	Nada. A aplicação é fácil.	Sim. A falta de bom senso nas diretrizes da retocolite ulcerativa onde não está contemplado o uso de biológico, fundamental nos Cádiz graves e com risco cirúrgico.	<a href="#">Clique aqui</a>
19/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Ruim	O PCDT atual não considera informações e tratamentos importantes para a Asma. Não é mencionado, ou é mencionado muito vagamente, o uso de ICS LABA, bem como os fármacos mais modernos, eficazes e seguros, por exemplo trifenato de vilanterol+furoato fluticasona.	Faltam informações mais abrangentes sobre o uso de ICS LABA, terapia de controle recomendada nos Steps 3, 4 e 5 do GINA.		
19/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Boa	apresentações atípicas			
20/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Asma	Regular	Minha tia tem 84 anos e tem Asma, em seu estágio atual precisa de mais um produto para controlar os sintomas, com sua aposentadoria não conseguimos manter de forma adequada seu tratamento. Por isso, gostaria de ter mais opções de tratamento para casos GRAVES.	Apesar de saber que tem pacientes retirando SPIRIVA minha tia não se enquadra no protocolo para ser beneficiada. Gostaria de ter essa opção oferecida pelo estado!	Por que, existe pacientes retirando Spiriva em outros programas ou protocolos e minha tia com 84 anos não pode ser beneficiada por esse tratamento.	
20/10/2016	Interessado no tema	Asma	Regular	Inclusão do uso do medicamento brometo de Tiotrópio para o uso em asma nesta atualização.	Apesar dos médicos, farmacêuticos, enfermeiros e pacientes saberem dos benefícios desta medicação para o tratamento da asma o sistema público alega que o custo restringe a implementação desta medicação na rede pública de saúde.		
20/10/2016	Interessado no tema	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de todas as drogas disponíveis e aprovadas no FDA, EMA e/ou Anvisa.	Falta de regularidade no fornecimento das drogas, por parte das SES. Dificuldade de constituição de terapia sequencial, devida à impossibilidade de combinação de drogas, tanto em terapia dupla (amplamente utilizada no mundo) quanto em terapia tripla. Hoje consagrada mundialmente, com a mais adequada para pacientes em estágios avançados da doença.	A hipertensão arterial pulmonar, é uma doença de extrema gravidade, letal e incapacitante. Existem muitas drogas disponíveis para o tratamento desta enfermidade, no mundo. No Brasil, temos apenas, 3 drogas disponíveis e que não abrangem todos os estágios da doença. Sugiro a incorporação de todas, de acordo com as indicações estabelecidas pela OMS.	
20/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Incluir opções de tratamento com terapia combinada/Disponibilizar medicações mais modernas ainda que em momento de falhas terapêuticas das já disponíveis.	Abordagens de tratamentos mais agressivos, logo no início do diagnóstico, com drogas mais eficazes, podem significar mais tempo de vida para estes pacientes.	Pacientes portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar tem perspectiva de viverem pouco tempo, a Doença é crônica, avança muito rápido e de maneira irreversível, tratar estes pacientes com terapia tripla, nas três vias patológicas possíveis é o melhor caminho.	
20/10/2016	Interessado no tema	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de novas terapias para o tratamento da HAP, terapia combinada de medicamentos que atuem nas 3 diferentes vias metabólicas da doença e revisão das linhas de tratamento para adoção prioritária de medicamentos que atuem na fisiopatologia da HAP.	Falta de critérios para a definição da conduta terapêutica mais adequada as necessidades de cada paciente, considerando a pouca flexibilidade do atual PCDT de HAP para o tratamento de uma doença tão grave e com grande risco de morte para o paciente em um curto período.	A terapia baseada na substituição de uma droga por outra em virtude da falha da terapia não é adequada ao tratamento do paciente com HAP, uma vez que a doença cursa por intermédio de 3 diferentes vias fisiopatológicas, as quais deveriam ser abordadas concomitantemente, sem prejuízo à saúde do paciente em função do agravamento de seu quadro clínico.	
20/10/2016	Interessado no tema	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE PRODUTOS PARA O TRATAMENTO, POIS A MAIORIA DOS PACIENTES TEM QUE JUDICIALIZAR DROGAS QUE NÃO ESTÃO NO PROTOCOLO. A DOENÇA SE AGRAVA E HA NECESSIDADE DE ASSOCIAR MEDICAMENTOS. EXISTEM HOJE ASSOCIAÇÃO DE ATÉ 3 OU 4 DROGAS PARA O TRATAMENTO DA HAP. OS MAIS POTENTES ESTÃO FORA. HA PACIENTES MORRENDO.	A QUESTÃO É SOMENTE POLÍTICA. A DOENÇA É RARA, NÃO HÁ NÚMERO GRANDE DE PACIENTES ENFERMOS, ASSIM O IMPACTO FINANCEIRO É PEQUENO, BEM COMO A SOLIDARIEDADE DOS POLÍTICOS E A REPERCUSSÃO DA MÍDIA TORNA-SE PEQUENA, ASSIM, SE MORRER MEIA DÚZIA, NÃO HÁ ALARDE. PENSAMENTO HIPÓCRITA, POIS A VIDA DEVE SER PRESERVADA DE QUALQUER FORMA, E É MUITO IMPORTANTE PARA A FAMÍLIA ENVOLVIDA. DIFICULDADE MERAMENTE POLÍTICA.....LAMENTAVELMENTE ESSE É O BRASIL QUE TEM QUE MUDAR.	DEVERÍAMOS SER EXEMPLO NA SAÚDE DO TRATAMENTO DE HAP, COMO É FEITO NO TRATAMENTO DE HIV, HEPATITE E ONCOLOGIA.DOENÇA RARA IMPACTA NUMA PEQUENA PARCELA DA SOCIEDADE, QUE NÃO TEM FORÇA DO GRITO, MAS MERECER GANHAR UMA CHANCE DE PODER VIVER MAIS.....	
21/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Não direcionar a terapia de HP ou seja comandar que só poderá iniciar com sildenafil e depois as outars medicações . O medico especialista em HP tem livre arbitrio para medicar conforme o estado clinico do paciente.Muito importante é revisão imediata da terapia combinada da HP e ATUALIZAÇÃO das novas medicações já aprovadas pela ANVISA diante de um protocolo defasado.	Dificuldade atual com esse protocolo:1- Falha para implantação a terapia combinada. 2- A falta de atualização dificulta o acesso as novas medicações para HP que chegam para melhorar a qualidade de vida e para controlar melhor a evolução da doença 3- Ausencia de qualquer contato com os medicos especialistas das sociedades de Cardiologia e Pneumologia com PCDT	Havendo intenção de promover atualização do PCDT para HP , ler atentamente as diretrizes internacionais de HP , ter maior contato com os medicos especialistas de HP através das sociedades citadas acima. Rever : Medicação de alto custo deve ser custeada pelo Estado; porque então deve haver mandato de segurança para que o pacinte possa ter acesso???	<a href="#">Clique aqui</a>
21/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Asma	Ruim	Ter produtos para asma grave	Pacientes que não controlam com os remédios disponível, fica sem opção. Ou fica internado ou tem que ir por via judicial para as drogas que tratam a asma grave		
21/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Muito Ruim	Asma é uma doença que acomete mais de 10% da população. É mister que PCDT sofra atualização rigorosa , reveja as diretrizes internacionais haja visto que as novas medicações conseguem controlar de forma mais adequada a doença e os sintomas. Cerca de 5% da população asmatica tem características diferentes representam Asma de Difícil Controle(ADC) tbem conhecida como asma grave cujos pacs necessitam de grde quantidade de fármacos para controle dos sintomas	ADC foi negligenciadanesse protocolo(2013). Na pagina 16 ultimo paragrafo recomenda-se que após 6 meses de tratamento não obtendo controle o pac deva ser orientado para especialista. Ora vejamos. Esse protocolo não é para especialistas??Esse paciente sem controle caracteriza ADC. Houve apenas repetição do PCDT anterior(2009) onde havido citação de referencia bibliografica para ADC mas a negligencia estava mais explicita.	Não negligenciar ADC. Há tratamento. Atualização já!! Trata-se de medicação de alto custo e com aprovação pela ANVISA há cerca de 10 anos porque precisa de mandato judicial ??A medicação é: Omalizumbe, anticorpo monoclonal que deve ser administrado no pac selecionado por especialista em ADC. Sugiro atualização pelo GINA 2016(diretriz internacional)que já contempla essa e outars medicações	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
21/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Boa	No momento nenhuma	Dificuldade na minha região em encontrar espaçador e também o seu valor muito alto, impossibilitando que famílias mais carentes tenham acesso a ele. Nos forçando a usar muitas vezes a inalção.		
21/10/2016	Paciente	Asma	Regular	utilizo uma medicação (RELVAR 100/25) que não consta no protocolo de asma	possibilidade de ter a droga disponível no governo		
21/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Acho interessante ampliar as possibilidades terapêuticas, incluindo medicações já aprovadas pelo fda, e amplamente utilizadas em outros países.	A indisponibilidade financeira para alguns pacientes realizarem os exames.		
21/10/2016	Interessado no tema	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Não existem todas as drogas disponíveis no protocolo.	Poucas opções de tratamento.	Tenho visto uma excelente performance no uso dos produtos da classe ERA, associados aos produtos prostanoídes, Pena que nem todos os eras estão no protocolo.	
21/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Asma	Boa	Acrescentar algum teste de controle de asma tais como o ACT. É bom enfatizar também que a doença apresenta crise e intercrise e que no controle total da doença paciente deve estar assintomático respiratório na intercrise além de ausência de exacerbação. Acredito também ser interessante informar sobre a importância da avaliação inflamatória eosinofílica	Acho o protocolo bastante objetivo e possível de implantar no meu Serviço	Não somente os que já pontuei acima	
21/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Ruim	Indicar associação de B2LA + CI nos casos moderados, não apenas nos graves como está. Tornar possível o uso de Omalizumab em casos selecionados	ajuda a ampla abrangência de rede de atendimento no estado, a imersão da SES nos programas de controle da asma dificulta a falta de distribuição dos medicamentos sem faltar		
21/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Regular	ACHO QUE DEVERIA-SE INTRODUIZIR NOVAS DROGAS PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA, JA QUE EM TODOS OS CONSENSOS, EXISTEM ESTAS DROGAS PARA O TRATAMENTO, COMO: ANTILEUCOTRIENOS ( montelucast), BRONCIDALATOR ULTRA LONGA DURAÇÃO( INDACATEROL) , BEM COMO O ANTICOLINEGICOS ( SPIRIVA E OU SEEBRI) E ANTI IGE( XOLAIR)		PENSO QUE ALGUMAS MEDICACOES ( ASSOCIAÇÃO CORTICOIDE E B2 DE LONGA DURAÇÃO) POSSAM SER FORNECIDOS AOS PACIENTES DE ASMA MODERADA, JA QUE OS PROTOCOLOS E PROGRAMAS DE GOVERNO CONTEMPLAM PACIENTES ASMÁTICOS LEVES E GRAVES, DEIXANDO OS PACIENTE COM ASMA MODERADA DESCOBERTOS	
21/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Boa	disponibilização dos atuais medicamentos novos.	custo.		
21/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Atualização medicamentosa.	Custo.		
21/10/2016	Interessado no tema	Asma	Muito boa	MAIS ESCLARECIDOS.	MUITO DIFÍCIL POIS ATE MESMO QUE SABE ALGUMA LEI OS OUTRO FAZEM COM QUE AQUELA PESSOA PASSE POR NEM TÃO CULTA.		
21/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Boa	Que existem novas medicações, com maior potência local e menor número de doses para tratamento e controle da doença, que não estão disponíveis no momento, mas que poderão estar disponíveis no futuro.	A dificuldade dos pacientes chegarem até as Unidades de Saúde que possam distribuir os remédios, visto que se consultam em serviços privados, por convênios, elas não tem acesso à farmácia do SUS.		
21/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Asma	Muito boa	Atualizações processadas e protocolos	Falha no sistema de saúde	A integração com os médicos ajudam na difusão do certo, por isso a atualização é nobre	
21/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Novas medicações já utilizadas em outros países....			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
21/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	São várias informações relevantes:1- No Diagnóstico: O cateterismo cardíaco é fundamental ao diagnóstico, porém o teste de vasorreatividade não deve ser necessário em pacientes com classe funcional III e IV. Nesses pacientes, com gravidade reconhecida clinicamente, os vasodilatadores são o suporte terapêutico fundamental ao tratamento.2- No Diagnóstico: O cateterismo cardíaco é fundamental ao diagnóstico, porém o teste de vasorreatividade não deve ser realizado nos pacientes com esclerose sistêmica, pois, já se reconhece que menos de 1% possui resultado como positivo.3- No Acompanhamento: O uso de métodos simples demonstraram ter um poder de predição igual ao método hemodinâmico (cateterismo cardíaco direito). os métodos simples são: teste da caminhada de seis minutos, proNT-BNP, classe funcional pela Organização Mundial de Saúde e o ecocardiograma transtorácico. Esses métodos auxiliam no acompanhamento e na modificação terapêutica. O cateterismo cardíaco é essencial ao diagnóstico e possui riscos conhecidos, além do seu alto custo. Esse método pode ser utilizado em casos clínicos selecionados.4- No tratamento: Há dois modelos de tratamento, o sequencial - introdução de medicamentos um a um - e o combinado - já com mais de um medicamentos iniciados ao mesmo tempo. A hipertensão arterial pulmonar tem quatro vias fisiopatogênicas; é uma doença progressiva, logo não tem cura. Obviamente, alguns pacientes precisarão de mais medicamentos para controle de sua progressão. Os pacientes em classe funcional mais avançadas (III e IV) devem utilizar no mínimo associação de dois medicamentos vasodilatadores pulmonares, para deter ou desacelerar a progressão da doença. Estatisticamente, esses pacientes possuem um risco de morte alto e o tratamento apresenta, com maior frequência falhas se iniciados como monoterapia. Como também, a curva de sobrevida tem demonstrado que a terapia sequencial é pior, com maior declive, em relação à terapia combinada.	A realidade da saúde pública do Estado do Rio de Janeiro, em especial, para o tratamento de hipertensão arterial pulmonar é muito ruim. Nesse momento, somente um local possui um protocolo atuante de estudo de hemodinâmica. Isso limita e atrasa o tratamento de muitos pacientes. Pois, outras unidades que possuem hemodinâmica, por diferentes motivos, não estão realizando esse estudo. O Estado do Rio de Janeiro segue o protocolo nacional, que, felizmente agora, está sendo revisto. Muito do conhecimento da doença tem acontecido na última década.	Em Centros de Referência, o tratamento combinado ou sequencial já é uma realidade e, infelizmente, ele é judicializado no Estado do Rio de Janeiro, em decorrência da atualização do protocolo. Considero adequadíssimo essa atitude propositiva e sensível de atualização do protocolo Nacional. Sou um especialista no tratamento da doença, com quase 70 pacientes em acompanhamento, e vejo como o conhecimento, a estratégia terapêutica e o tratamento têm se modificado e, realmente, de forma favorável para o paciente e os seus familiares. Há atualmente no Brasil vários medicamentos, mas alguns possuem estudos de sobrevida a longo prazo e que diferencia de outros sem estudos que avaliam as variáveis finalísticas como: mortalidade, hospitalização e qualidade de vida.	<a href="#">Clique aqui</a>
				5- Tratamento: outras doenças se beneficiam no tratamento com vasodilatadores pulmonares e que possuem vias comuns da hipertensão arterial pulmonar idiopática (PAPm > ou = 25mmHg e Pcap < ou = 15mmHg): esclerose sistêmica, cardiopatia congênita (especificamente comunicação intratrial), SIDA, Esquistossomose. Não se deve limitar o tratamento a doença idiopática (HAPI), e sim às condições que apresentem as mesmas características hemodinâmicas da HAPI.6- Tratamento: Nas classes funcionais II a IV, a dessaturação durante pequenas atividades é a regra. Ou seja, a utilização de oxigênio domiciliar é uma prática adequada. 7- Tratamento: Nos pacientes que estão em uso de oxigênio domiciliar, deve-se monitorar a saturação de oxigênio com aparelhos portáteis e a pilha. Esses pacientes devem saber compreender os valores e aprender a interpretar e manejar o fluxo de oxigênio dos concentradores ou dos cilindros.8- Tratamento: Alguns medicamentos possuem efeitos colaterais como hepatotoxicidade, sintomas neurológicos, sintomas gastrintestinais, distúrbios hematológicos. Ao invés de inserir nomes, acredito que as classes farmacológicas devam ser priorizadas. Assim, haverá compreensão da terapia combinada pelos grupos farmacológicos e a mudança de um medicamento por outro ficará dentro da classe terapêutica.			
22/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Muito boa	Deve se chamar a atenção em pacientes com história clínica de asma porém sem resposta broncodilatadora por remodelamento brônquico (asma sem resposta ao BD).	Nos locais em que é possível a solicitação "on line" para o preenchimento das solicitações, isso evitaria que os pacientes ficassem andando de um lado para o outro, pois as campos obrigatórios e necessários seriam preenchidos.	Não	
23/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Ruim	1) Deve-se revisar as novas evidências do Omalizumab, bem como do Mepolizumabe;2) Oferecer novos corticóides inalatórios que têm menos efeito colateral e posologia única ao dia;3) Oferecer anticolinérgicos de longa duração como o Tiotrópio;4) Incluir o diário de pico de fluxo como maneira de diagnosticar a doença (14 dias de registro);5) Fornecer aos doentes o pico de fluxo expiratório e espaçadores;6) Oferecer opção de corticóide + broncodilatadores longa duração em SPRAY	1) Poucas farmácias de alto custo nos municípios;2) Sofremos períodos de desabastecimento e os doentes descompensam sua doença;	Sugiro que todos os idosos (maiores de 65 anos), deficientes físicos e mentais, gestantes e puérperas até o 6º mês de vida da criança recebam sua medicação em domicílio.	
23/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Contemplar a Terapia combinada pelo nível de evidência já existente. Incluir pelo menos uma droga de cada via metabólica: sildenafila/tadalafila, ambrisentana/bosentana, iloprost/selexipag e riociguat com indicação específica para TEP crônico	A compra pelas secretarias estaduais dos medicamentos incluídos no protocolo. Disponibilizar os centros para realizarem os exames necessários para avaliação do paciente. Criar fluxograma para realização de cintilografia pulmonar de perfusão/ventilação, Cateterismo cardíaco direito com teste de vasorreatividade pulmonar, TC torax (angio-TC), Ecocardiograma, Teste de exercício cardiorespiratório, dosagem de BNP.	Não podemos deixar de considerar a Endarterectomia na HP pelo TEP crônico. A prevalência de HP por TEP crônico é alta.	
23/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Contemplar a Terapia combinada pelo nível de evidência já existente. Incluir pelo menos uma droga de cada via metabólica: sildenafila/tadalafila, ambrisentana/bosentana, iloprost/selexipag e riociguat com indicação específica para TEP crônico	A compra pelas secretarias estaduais dos medicamentos incluídos no protocolo. Disponibilizar os centros para realizarem os exames necessários para avaliação do paciente. Criar fluxograma para realização de cintilografia pulmonar de perfusão/ventilação, Cateterismo cardíaco direito com teste de vasorreatividade pulmonar, TC torax (angio-TC), Ecocardiograma, Teste de exercício cardiorespiratório, dosagem de BNP.	Não podemos deixar de considerar a Endarterectomia na HP pelo TEP crônico. A prevalência de HP por TEP crônico é alta.	
24/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Regular	acrescentar a Teriparatida como opção terapeutica	apenas o custo , tendo em vista o impacto no sistema de saúde	não	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
24/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Boa	manejo da criança menor de 2 anosatualização da terapia	manejo do menor de 2 anos	não	
24/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Regular	Me preocupa a falta de opções de medicamentos para os casos de maior gravidade. Há necessidade de acrescentar tiotrópio e omalizumabe para casos com indicações clínicas pertinentes.	Diante dos pacientes de maior gravidade, que são a minoria, existe uma lacuna com falta de opções terapêuticas.	Gostaria de diante de critérios rígidos de falha de resposta poder ofertar tiotrópio e omalizumabe para as crianças e adolescentes com asma grave que atendo.	<a href="#">Clique aqui</a>
24/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Novos medicamentos para hipertensão arterial pulmonar, possibilitando o paciente a ter uma maior possibilidade de escolhas.	a aprovação dos novos produtos, como o ambrisetan por exemplo		
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1) Inclusão da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica na PCDT; destacando que os pacientes devem ser previamente avaliados em centros com experiência em tromboectomia pulmonar. Os pacientes inoperáveis e com HP residual após a cirurgia, são os elegíveis para o tratamento com riociguat (Estudos CHEST 1, CHEST 2). Este fármaco necessita de titulação na fase inicial (6 semanas), sendo necessária uma logística adequada para tal. Estudos prévios com bosentana e sildenafil nesta população foram negativos, sendo o riociguat único fármaco aprovado pelo FDA, EMEA e ANVISA para o tratamento da HPTEC não operável e HP residual.2) Inclusão da terapia combinada no tratamento da HAP. Na prática, nós especialistas que lidamos com a doença, continuamos a prescrever a terapia combinada, quando indicado, pois não existem dados que garantam a segurança e efetividade da substituição da medicação, mesmo que via gradual. A depender da Secretaria da Saúde, os pacientes recebem a segunda droga pela via judicial, que acredito ser prejudicial ao paciente e ao SUS também. Metanálise publicada em 2016, destaca os benefícios da terapia combinada (Lajoie AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. 3)A anticoagulação oral está indicada na HAP após avaliação de risco vs benefício. Análise de registros internacionais, demonstraram aumento de risco de sangramento na população de HAP associada a esclerose sistêmica. Vale ressaltar esta informação na PCDT.	1) Iloprost apesar de ter registro na ANVISA, ainda não é comercializada no país, sendo que na prática os pacientes não tem acesso ao medicamento, e quando indicado, há necessidade de judicialização. Especificar que a dose recomendada é a disponível no bocal do inalador (necessita inalador específico) e não a inserida no mesmo.2) A necessidade de acompanhamento em Centros de Referência, é um ponto positivo no Estado de São Paulo,	Como coordenadora do setor de doenças da circulação pulmonar da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e experiência na área, fico à disposição para colaborar no aprimoramento desta PCDT.	<a href="#">Clique aqui</a>
				4) Incluir diltiazem aos pacientes com HAPI com resposta ao teste agudo de vasorreatividade pulmonar. Na PCDT atual constam apenas amlodipino e nifedipino.5) Corrigir na PCDT - em vários pontos se repete o erro conceitual de HAP nos grupos II, III, IV e V. Por exemplo, HP associada a DPOC e não HAP associada a DPOC, isso gera a falsa ideia de que esses pacientes possam se beneficiar do drogas aprovadas para a HAP (grupo I).6) As drogas aprovadas para HAP não são contraindicadas para a doença venoclusiva pulmonar, apenas devem ser introduzidas com cautela, frente ao risco de edema pulmonar.7) Não utilizar valor de corte do teste de caminhada para tratamento: a HAP é uma doença progressiva; o diagnóstico em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional não contraindica o início de tratamento, ao contrário, é desejável o diagnóstico precoce, justamente para que a intervenção se inicie nas fases menos sintomáticas. Além disso, dados publicados pelo grupo da Faculdade de Medicina da USP/InCor demonstram em uma amostra de 178 pacientes com HAP, 45,5% encontravam-se em CF III-IV, porém pacientes em CF III caminhavam 419±34 m, valores superiores aos apresentados no registro espanhol e francês, respectivamente 343±111 e 319±92 metros. 8) Em terapia não medicamentosa: Exercício físico – Destacar que o treinamento físico deve ser feito em centros de referência em reabilitação pulmonar E hipertensão pulmonar e iniciado apenas após estabilidade clínica com a otimização do tratamento medicamentoso.			
24/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Boa	...	TRABAKHO 80% PELO SUS E CONSIDERO SIM BEM DIFICUL IMPLANTAR NOVAS MEDIDAS	...	
24/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1) Não há previsão de manejo de casos de HPTEC2) Não entendemos a decisão de os tratamentos de primeira linha serem iloprost e sildenafil. Iloprost é mais caro, mais difícil de usar, não-comercializado no Brasil e não é claramente superior aos inibidores de endotelina. Não há tratamentos de 1a, 2a ou 3a linha definidos na literatura como propõe o PDCT3) Não houve reconhecimento da terapia combinada, utilizada em larga escala, em todos serviços de referência no mundo4) A terapia deve ser sequencial e combinada, conforme progresso da doença5) Não há previsão de inclusão de drogas já autorizadas para uso no Brasil, como Macitentan (ensaio clínico com redução de mortalidade no NEJM), nem com drogas previstas para futuro próximo (selexipag), ou possibilidade de uso de riociguat.6) Não foram considerados os dados de terapia combinada com ambrisentana e tadalafil	Dificuldade na operacionalização do Protocolo pelo estado, que exige exames muitas vezes indisponíveis pelo SUSDificuldade do reconhecimento dos Centros de Referência, pela falta de critérios que permitam essa formalização junto ao Ministério	Protocolo é, em nossa opinião, ultrapassado e não reflete a realidade dos Centros Tratadores de HAP	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
24/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Muito Ruim	1) Uso de LABA associado a corticóide inalado em asma moderada2) Terapia de manutenção e resgate no mesmo dispositivo3) Tiotrópio em asma severa4) Algum critério de incorporação de omalizumabe5) Partícula ultrafina6) Indicações específicas de fluticasona	Dificuldade na operacionalização pelo RS, com frequente falta de medicações	Protocolo deveria seguir o GINA, pelo menos nos casos de asma moderada a severa	
24/10/2016		Doença de Crohn	Boa	A incorporação de novas opções terapêuticas. A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que impacta a saúde e a qualidade de vida dos pacientes acometidos como a de seus cuidadores. Está associada a manifestações clínicas consideravelmente debilitantes para os pacientes, e a níveis elevados de morbidez. No Brasil, a doença de Crohn tem aumentado em frequência, inclusive na região do Nordeste onde outrora a enfermidade era considerada rara (Parente JM et al. World J Gastroenterol 2015; 21: 1197-1206). Um número considerável de evidências sugere que a atividade excessiva de TNF-alfa está envolvida na patogênese da doença inflamatória intestinal (DII). Nesse contexto, as medicações biológicas, que agem minimizando a inflamação intestinal por meio do bloqueio do Fator de Necrose Tumoral (anti-TNFS), constituem um grande avanço no tratamento da doença inflamatória intestinal, como a doença de Crohn, reduzindo complicações, internações e cirurgias, com potencial impacto econômico positivo. É importante que alternativas terapêuticas comprovadamente eficazes, com perfil de segurança já estabelecido e já aprovadas pela ANVISA sejam acessíveis, ampliando as possibilidades de manejo da doença a um maior número de pacientes. O certolizumabe pegol, um anticorpo monoclonal pegulado, inibidor do fator de necrose tumoral alfa apresenta eficácia e segurança, de acordo com diversas revisões sistemáticas e meta-análises que usaram como base seus estudos clínicos, bem como ensaios de seus comparadores adalimumabe e infliximabe. Certolizumabe pegol demonstrou eficácia em termos de indução e manutenção da resposta clínica e da remissão da Doença de Crohn, bem como não é estatisticamente menos seguro do que o placebo.	A atualização deste protocolo possibilita a incorporação de uma nova terapia biológica, no manuseio da Doença de Crohn, comprovadamente eficaz tanto na indução da remissão como em sua manutenção a curto e longo prazo, mantendo o mesmo padrão de segurança das terapias atualmente disponíveis, com uma perspectiva de redução de custo de tratamento e potencialmente ampliando o acesso aos que necessitam.	A UCB Biopharma realizou a solicitação de incorporação ao PCDT de Certolizumabe pegol para a redução dos sinais e sintomas da Doença de Crohn e manutenção da resposta clínica em pacientes adultos com doença ativa de moderada a grave que tiveram resposta inadequada a terapia convencional. O referido documento encontra-se disponível para consulta pública no site da CONITEC (Consulta Pública nº 32 publicada no DOU 14/10/2016).	<a href="#">Clique aqui</a>
				Os dados resultantes do estudo PRECISE 3 suportam ainda a afirmação de que, assim como no curto prazo, o Certolizumabe Pegol é também eficaz e seguro no longo prazo justificando assim, seu uso em pacientes com Doença de Crohn moderada a grave sem resposta ou com resposta insuficiente a medicamentos sintéticos modificadores do curso da doença. Nesse contexto, os conhecimentos atuais sobre os efeitos terapêuticos do Certolizumabe Pegol, no controle dos sintomas, indução da remissão e manutenção da remissão clínica de doentes com Doença de Crohn abre a perspectiva de uma redução de custo no tratamento em uma condição clínica sabidamente agressiva, que traz repercussões importantes à qualidade de vida dos doentes e requer indicações cirúrgicas frequentes. Portanto, considera-se que estes resultados relatados são suficientes para suportar, em termos clínicos, a incorporação de certolizumabe pegol no protocolo para o tratamento de Doença de Crohn moderada a grave, com falha à terapia convencional.			
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1 - Inclusão da Terapia Combinada no tratamento da HAP. Por se tratar de pacientes graves, em geral necessitamos associar terapia medicamentosa para manutenção da estabilidade clínica dos pacientes, não existem dados que garantam a substituição da medicação se piora clínica, existem estudos demonstrando os benefícios da terapia combinada no tratamento da HAP (Lajoie AC, Lauziere G, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary hypertension. The Lancet Respiratory Medicine, 2016 - Apr; 4(4):291-305.2- Inclusão da Hipertensão pulmonar tromboembólica crônica na PCDT. Os pacientes desta classe devem ser avaliados por centros com experiência na realização de tromboendarterectomia pulmonar que é o tratamento de eleição nestes casos, porém existem estudos que mostram o benefício do tratamento com Riociguate em pacientes com HPTEC não operáveis ou com HP residual pós endarterectomia (Estudos CHEST 1, CHEST 2).	A necessidade de acompanhamento em Centros de Referência, um ponto positivo no estado de São Paulo	A medicação ILOPROST, apesar de ter registro na ANVISA, ainda não está comercializada no Brasil e os pacientes tem dificuldade de conseguir a medicação.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	<p>1. Retirar do item 8.9 a recomendação de retirada da sildenafil caso não haja resposta suficiente/adequada à mesma, e substituí-la por outra droga do protocolo. Considerando-se o racional para o tratamento de outras doenças crônicas, como diabetes ou hipertensão arterial sistêmica, que é a associação de quantas drogas forem necessárias para controle do quadro, desde que tais associações sejam seguras, e sabendo-se que até o momento não há tratamento curativo para hipertensão arterial pulmonar, não há como justificar a proposição deste protocolo de tentar uma droga, e se não funcionar suficientemente, tirar esta para colocar outra. Tal proposição carece de fundamentação científica, lógica e ética com os pacientes, por colocá-los sob uma situação de risco não previsível. 2. Revisão e incorporação das modificações incluídas na Classificação publicada pelas Sociedade Europeia Respiratória e de Cardiologia de 2015. Uma das mudanças relevantes é a incorporação de outros tipos de obstrução das artérias pulmonares, contribuindo para melhor o diagnóstico diferencial da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). 3. Após a publicação deste protocolo, estudos demonstraram benefícios do riociguat nos pacientes do grupo 4 de HP (HPTEC). Conforme posto neste protocolo, até estes dados com riociguat para HPTEC, os estudos clínicos anteriores com bosentan, sildenafil e iloprost haviam sido negativos nesta população. Lembro que o tratamento de escolha para TEP crônico é o cirúrgico, porém trata-se de cirurgia de grande complexidade feita em poucos centros pelo Brasil.</p>	<p>1. Algumas recomendações, em desacordo com as recomendações e evidências científicas atuais (ITEM 8.9) podem ter consequências nefastas para o manejo dos doentes. Neste item, recomenda-se A REDUÇÃO GRADUAL DA DOSE DE SILDENAFILA ATÉ SUA RETIRADA COMPLETA. Argumento que não há nenhum estudo que demonstre segurança com esta estratégia de suspensão de uma das drogas. Os ensaios clínicos disponíveis avaliaram a resposta terapêutica com associação sequencial de fármacos. Além disso, os pacientes são graves, e que acompanha tais doentes sabe que tal recomendação colocará estes pacientes em risco, risco este desconhecido e inaceitável para os padrões de ética e qualidade de atendimento que pratico no meu serviço, e que tenho certeza que outros médicos também o fazem em seus centros de referência. 2. A manutenção de iloprost no protocolo, droga que embora aprovada no Brasil nunca foi aqui comercializada, causa confusão. 3. Enfatizo que é absolutamente necessário que disponhamos de alguma droga da classe dos análogos de prostaciclina como parte do arsenal terapêutico para pacientes com hipertensão arterial pulmonar. 4. Os centros de referência precisam ser em maior número, e institucionalizados. Os gestores estaduais devem tomar a si a tarefa de ajudar e estimular a organização destes centros, conforme a rede de saúde do estado.</p>	<p>Parabeno a iniciativa de colocar em consulta pública para atualização o Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas de Hipertensão Arterial Pulmonar, Portaria SAS/MS no. 35, de 16 de janeiro de 2014, republicada em 06 de junho de 2014 e 23 de setembro de 2014, pois o mesmo, a meu ver necessita de algumas modificações. Cabe enfatizar o caráter educativo e de consulta deste documento, uma vez que serve para orientar profissionais médicos menos afeitos à prática com o manejo de pacientes com Hipertensão Arterial Pulmonar. Embora apropriada a colocação deste documento, de que o acompanhamento e manejo destes doentes deveria ser feito em centros de referência (ITEM 7), ressalto que tais centros, embora existam na prática em alguns estados, sobretudo das regiões sudeste e sul, ainda não estão disseminados em número suficiente para acompanhamento destes pacientes de alta complexidade. Assim, alguns profissionais ou centros universitários acabam por assumir este acompanhamento. É fundamental o estímulo por parte do Ministério de Saúde para estabelecimento de centros de referência para o manejo de pacientes com hipertensão pulmonar em número suficiente para o país. Além do caráter educativo, este protocolo tem importância na gestão pública da saúde em nível estadual. Algumas recomendações, em desacordo com as recomendações e evidências científicas atuais podem ter consequências nefastas para o manejo dos doentes. Gestores de estados onde haja protocolos (SP, por ex), podem se basear nestas recomendações nacionais para modificar condutas e trazer prejuízo a pacientes já em tratamento. Como coordenadora do ambulatório de Circulação Pulmonar do Hospital de Clínicas da Unicamp, Campinas, SP, e por ter experiência no diagnóstico e manejo destes pacientes, coloco-me à disposição para discussões no sentido de aperfeiçoar este PCDT.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>"Enfatizo ainda que pacientes com TEP crônico e HPTEP crônico são de alta complexidade, e devem ser acompanhados em centros de referência para Hipertensão Pulmonar. A dispensação de medicação específica para HPTEC, caso seja incorporada em algum momento neste protocolo nacional deveria estar vinculada ao manejo diagnóstico e terapêutico destes pacientes em centros de referência. Pela complexidade da enfermidade e pelo alto custo do tratamento. 4. No protocolo, o termo HAP (Hipertensão arterial pulmonar) é usado indiscriminadamente para todas as formas de Hipertensão Pulmonar (dos grupos 2, 3 e 4). Trata-se de erro conceitual, o termo e sigla corretas seriam: Hipertensão Pulmonar (HP) para os grupos 2,3 e 4. E HAP somente para o grupo 1 da classificação de Hipertensão Pulmonar. 5. Nos critérios de inclusão (ITEM 5), a colocação de "resultado no teste de caminhada de 6 minutos inferior a 500 m" como um dos critérios é bastante inusitada. Este critério não estava nas diretrizes anteriores brasileiras e não existe em outros protocolos internacionais. Entendo que podemos fazer no país nossas próprias recomendações. No entanto, já que neste caso não se baseiam em evidências científicas, somente em opinião dos autores, sugiro que sejam convidados a participar desta discussão pesquisadores, professores e médicos com vivência e expertise na área de hipertensão pulmonar. 6. Outras medicações estão aprovadas no país, embora uma delas sem a indicação em bula para hipertensão pulmonar (tadalafil, para disfunção erétil), e outra para HP por Tromboembolismo crônico (riociguat). Penso que estas drogas deveriam estar mencionadas no protocolo.</p>			
				<p>7. A manutenção de iloprost no protocolo, droga que embora aprovada no Brasil nunca foi aqui comercializada, causa confusão. Enfatizo que é absolutamente necessário que disponhamos de alguma droga da classe dos análogos de prostaciclina como parte do arsenal terapêutico para pacientes com hipertensão arterial pulmonar. 8. No ITEM 8.6: acrescentar diltiazem (bloqueador de canal de cálcio). 9. No ITEM 8.8: a redução dos níveis de pressão na artéria pulmonar não é um benefício esperado, nem tem valor prognóstico. 10. - Em relação à ambrisentana, estudos recentes que surgiram após a publicação deste protocolo demonstraram benefícios importantes com o uso da associação de ambrisentana com tadalafila em pacientes com HAP. Existem evidências que sustentam a terapia combinada como uma opção não apenas possível, mas melhor que a sonoterapia nos casos pouco respondidos com apenas uma droga. Estas evidências devem ser analisadas e incorporadas pelo comitê responsável.</p>			
24/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>Uso de terapia combinada Inclusão de novas drogas como Macintentan, Riociguat e selexipag.</p>	<p>O protocolo ajuda pois poderemos dar mais opções de tratamento para os pacientes. O que dificulta é a falta de locais para tratar estes pacientes.</p>	<p>A inclusão de novas drogas para o tratamento da hipertensão pulmonar da esperança de melhor qualidade de vida para os pacientes é melhor prognósticos. Tais fatos são essenciais e não tem preço.</p>	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>1. Além da hipertensão arterial do grupo 1, sugiro a inclusão da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) neste protocolo, diante de evidências científicas recentes do benefício do riociguat nesta população (droga aprovada pela ANVISA), ao contrário de resultados negativos prévios com bosentana, sildenafil e iloprost. O tratamento de escolha da HPTEC é a endarterectomia pulmonar bilateral, procedimento cirúrgico realizado em poucos centros no Brasil. Entretanto, mesmo em centros experientes, cerca de 30 a 40% dos pacientes são considerados tecnicamente inoperáveis (por trombos inacessíveis ou por elevação da resistência vascular pulmonar desproporcional ao grau de obstrução vascular visualizada por exames de imagem). O riociguat está indicado apenas para os pacientes com HPTEC não cirúrgica ou com HP residual após endarterectomia pulmonar. Pacientes com trombos acessíveis, porém com comorbidades que contraindiquem a cirurgia, não foram incluídos nos estudos clínicos e o tratamento não está indicado. 2. Reforçar que TODOS os pacientes com HPTEC devem receber avaliação para cirurgia em centro de referência, visto que este tratamento é potencialmente CURATIVO e esta possibilidade deve ser oferecida a todos os pacientes que recebem o diagnóstico antes do início de tratamento clínico. 3. As drogas específicas para o tratamento da HAP não são contraindicadas para a doença venoclusiva pulmonar. 4. Corrigir erro conceitual, que se repete em todo PCDT ao se referir a hipertensão pulmonar do grupo II, III, IV e V. O uso do termo HAP nestas situações é incorreto, o que pode confundir o leitor à utilização de fármacos específicos da HAP para as demais populações. Exemplos: HAP por doença cardíaca esquerda; HAP por doença pulmonar e/ou hipoxemia.</p>			
				<p>Substituir para: HP por doença cardíaca esquerda; HP por doença pulmonar e/ou hipoxemia. 4. Não utilizar valor de corte do teste de caminhada para tratamento: a HAP é uma doença progressiva; o diagnóstico em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional não contraindica o início de tratamento, ao contrário, é desejável o diagnóstico precoce, justamente para que a intervenção se inicie nas fases menos sintomáticas. Além disso, dados publicados pelo grupo da Faculdade de Medicina da USP/InCor demonstram em uma amostra de 178 pacientes com HAP, 45,5% encontravam-se em CF III-IV, porém pacientes em CF III caminhavam 419±34 m, valores superiores aos apresentados no registro espanhol e francês, respectivamente 343±111 e 319±92 metros; 5. Apesar do PCDT-HAP incluir fármacos de três classes (inibidores da fosfodiesterase-5 – sildenafil; análogo da prostaciclina – iloprost; antagonista dos receptores de endotelina – ambrisentana e bosentana), a iloprost não é, de fato, disponível comercialmente no Brasil. Tal fato, acaba por gerar a falsa impressão de possibilidade terapêutica, com repercussões negativas no manejo do paciente. Na prática, esse medicamento só é conseguido por via judicial. É de suma importância, a disponibilização real de um análogo de prostaciclina como parte do arsenal terapêutico para pacientes com hipertensão arterial pulmonar. 6. É inadequada a sugestão de substituição de medicamentos de diferentes classes. Não há nenhuma evidência científica para esta recomendação e existe o risco potencial de evolução desfavorável com a retirada da medicação inicial.</p>			
				<p>A conduta atual em centros de referência, embasada em diretrizes internacionais e estudos clínicos recentes, é de que os pacientes iniciem o tratamento com monoterapia e que sejam reavaliados quanto à resposta terapêutica em até 4 meses; no caso de resposta inadequada ou insuficiente, deve ser permitida a combinação com medicamentos de outra classe. 1. Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Treatment of pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2004 Sep 30;351(14):1425-36. PubMed PMID: 15459304. 2. Galie N, Manes A, Negro L, Palazzini M, Bacchi-Reggiani ML, Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2009 Feb;30(4):394-403. PubMed PMID: 19155250. Pubmed Central PMCID: 2642921. 3. Alonzo GE, Barst RJ, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Annals of internal medicine. 1991 Sep 1;115(5):343-9. 4. Humbert M, Simonneau G. Survival in patients with idiopathic, familial and anorexigen-associated pulmonary arterial hypertension in the modern management era. The European respiratory journal. 2009;34(Suppl 53):700S. Benza RL, Miller DP, Gomberg-Maitland M, Frantz RP, Foreman AJ, Coffey CS, et al. Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL).</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				Circulation. 2010 Jul 13;122(2):164-72. PubMed PMID: 20585012.6. Alves JIL, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CIGS, Morinaga LTK, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: Results from a registry of incident brazilian cases. Chest. 2015;147(2):495-501.7. Pulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galie N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. The New England Journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728.8. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galie N, et al. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. The New England Journal of medicine. 2015 Dec 24;373(26):2522-33. PubMed PMID: 26699168.9. Ghofrani H, Galie N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langleben D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4_MeetingAbstracts).10. Simonneau G, Rubin L, Galie N, Barst R, Fleming T, Frost A, et al. Addition of sildenafil to long-term intravenous epoprostenol therapy in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized trial. Annals of internal medicine. 2008;149(8):521-30.11. Galie N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, et al.			
				Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England Journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-44. PubMed PMID: 26308684.12. Burger CD, Long PK, Shah MR, McGoon MD, Miller DP, Romero AJ, et al. Characterization of first-time hospitalizations in patients with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension in the REVEAL registry. Chest. 2014 Nov;146(5):1263-73. PubMed PMID: 24901386. Pubmed Central PMCID: 4219341.13. Lajoie AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305.14. Riociguat for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Ghofrani HA, D'Armini AM, Grimminger F, Hoeper MM, Jansa P, Kim NH, Mayer E, Simonneau G, Wilkins MR, Fritsch A, Neuser D, Weimann G, Wang C; CHEST-1 Study Group. N Engl J Med. 2013 Jul 25;369(4):319-29. doi: 10.1056/NEJMoa1209657.			
24/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Trabalho corpo a copro com pacientes portadores de HAP. Meu pai faleceu portador desta doença há quatro anos e, a dificuldade que senti na pele foi referente à falta de terapia combinada, disponibilidade de mais centros de referências já que aqui temos apenas dois, o que torna inviável atender a todos os pacientes que dele necessitam. Acho importante a inclusão de mais medicações como por ex a massitentana, a regularização nas entregas e um trabalho preventivo.	A nossa realidade em PE é muito triste pois, se tornou comum o óbito dos pacientes portadores desta doença em decorrência da fragilidade no atendimento prestado, na falta de medicações de difícil acesso, a falta de profissionais especializados, dentre outros.		
24/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Estudos recentes, não considerados nesta diretriz, utilizando-se de macitentan e selixipague, evidenciam importante impacto na redução da morbidade e mortalidade a longo prazo em pacientes com HAP. Estas duas drogas não são contempladas na atual PCDT para HAP. Sabidamente, inúmeros pacientes evoluem com falência da resposta aos tratamentos atualmente propostos e contemplados na atual PCDT como, por exemplo, a bosentana. Para estes pacientes com falência de resposta ao tratamento, não restam outras alternativas exceto a associação de macitentan ou selixipague, ainda não contemplados.	Temos em nosso serviço, FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO, um dos centros credenciados para tratamento deste tipo de paciente. Assim, a dificuldade que temos se limita ao custo de tais medicações quando estas não são contempladas pelo PCDT.	Sim. É evidente o benefício da terapia combinada em pacientes com HAP, terapia esta que não é contemplada na atual PCDT.	<a href="#">Clique aqui</a>
24/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de pacientes com hipertensão pulmonar devido tromboembolismo pulmonar crônico, além de inclusão de terapias combinadas. Gostaria também de mais medicamentos disponíveis (Adampas, por exemplo - no meu caso)	No meu caso não tenho acesso à medicação, mesmo que a minha hipertensão pulmonar seja grave (65), porque o protocolo atual exclui os pacientes devido à tromboembolismo pulmonar crônico.		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Disponibilizar a droga iloprosta. Apesar do PCDT-HAP incluir análogo da prostaciclina, a droga não é, de fato, disponível comercialmente no Brasil. A real possibilidade de uso desta medicação é de suma importância para os pacientes que dela necessitem. Acrescentar tadalafila; macitentan; riociguate (esta para tratamento para o tratamento da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica-HPTEC) ao programa, pois cada droga com suas especificações usadas isoladas ou em associação (como já demonstram vários estudos recentes) aumenta a eficácia ao Programa, considerando-se a gravidade da doença. Possibilitar a associação de drogas, quando indicado, benefício já comprovado aos pacientes em estudos recentes, reduzindo o desgaste ocasionado pelas tratativas via judicial que os pacientes nessa situação acabam por precisar enfrentar. Lajole AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. PubMed PMID: 26935844. O texto precisa ser mais claro pois o Gestor de Saúde tem de entender-lo bem: a indicação dos bloqueadores do canal de cálcio é apenas para os pacientes com hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI), respondedores ao teste de vasoreatividade aguda; o texto não é claro sobre isto, causando dúvidas para quem não é especialista.	Ajuda: Atendimento em Centro de Referência tem permitido acompanhamento sistematizado. Dificulta: interrupção no fornecimento de medicações.	Como Coordenadora do Ambulatório de Hipertensão Pulmonar no Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFFa, tenho acompanhado pacientes, seus progressos e evolução fatal de outros. Tenho esperança de poder oferecer melhorias que para eles farão uma estúpida diferença.	
24/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de pacientes com hipertensão pulmonar devido tromboembolismo pulmonar crônico, além de inclusão de terapias combinadas. Gostaria também de mais medicamentos disponíveis (Adampas, por exemplo - no meu caso)	No meu caso não tenho acesso à medicação, mesmo que a minha hipertensão pulmonar seja grave (65), porque o protocolo atual exclui os pacientes devido à tromboembolismo pulmonar crônico.		
24/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão acesso à medicação para paciente com hipertensão pulmonar devido Tromboembolismo Pulmonar Crônico. Uso de terapias combinadas. Acesso a mais medicações disponíveis.			
24/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Atualizar o PCDT de Hipertensão Arterial Pulmonar para Hipertensão Pulmonar (HP) englobando os dois diferentes tipos de HP (grupo 1 e 4) que possuem tratamento específico. Incluir a Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica (HPTEC) ou TEP crônico - grupo 4 neste protocolo, pois se trata de um tipo da Hipertensão Pulmonar que após a publicação do último PCDT, teve aprovado pela ANVISA o primeiro e único tratamento medicamentoso específico (outubro de 2015. MS-1.7056.0107) A HPTEC é caracterizada por hipertensão pulmonar pré-capilar na presença de, no mínimo, um defeito persistente (segmentar) de perfusão, determinado por exame diagnóstico adequado e após, no mínimo, 3 meses de terapia eletiva de anti-coagulação. É um tipo de Hipertensão Pulmonar (HP), sendo classificada como uma categoria única no grupo 4 da classificação de Dana Point, distinto de outros grupos de HP, devido a sua diferença de apresentação clínica e achados radiológicos, e porque requer tratamento específico das outras classificações de HP. Como principal característica pode-se dizer que é a presença de um trombo fibroso aderido à parede das artérias pulmonares, levando à sua obstrução.	No PCDT atual os pacientes com HPTEC não são contemplados.	-Caso seja incluída a HPTEC ou TEP crônico neste protocolo, os pacientes que possuem essa doença, e que não são elegíveis ao tratamento cirúrgico (desde que avaliado por centros de referência especializados) ou que apresentam hipertensão pulmonar residual	<a href="#">Clique aqui</a>
				É uma doença rara, grave, com prevalência estimada em 3,2 casos de HPTEC, por milhão de habitantes adultos, e a incidência seria de 0,9 caso por milhão de habitantes adultos, por ano. Os principais sintomas são dispnéia progressiva durante o esforço, edema, sinais de disfunção no lado direito do coração como fadiga, síncope, palpitações. A HPTEC requer um diagnóstico detalhado, idealmente com três exames de imagem (cintilografia de ventilação/perfusão, angiogramografia computadorizada de tórax e arteriografia pulmonar) para a adequada abordagem terapêutica, a ser realizada em um centro de referência. Item 6 Critérios de exclusão: Não excluir pacientes com HAP em decorrência do grupo 4: HAP por doença tromboembólica crônica, pelas razões citadas acima. Item 8.2 Terapia Não Medicamentosa: A única opção de tratamento curativo para HPTEC é a tromboendarterectomia pulmonar (PEA), que é uma cirurgia realizada em hospitais especializados, possibilitando a cura do paciente através da remoção dos trombos das artérias pulmonares. Mais de 60% dos pacientes com HPTEC poderão ser elegíveis para a cirurgia de PEA potencialmente curativa.			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				Item 8.3 Terapia Medicamentosa Alguns estudos avaliaram diferentes medicamentos para o tratamento da HPTEC. O estudo do iloprost não utilizou uma população específica, não alcançando o objetivo de eficácia. Os estudos da sildenafil e bosentana em pacientes com HPTEC, embora tenham delineado a população específica, apresentaram melhora na hemodinâmica pulmonar, mas não apresentaram melhora na tolerância ao exercício (TCGM). Por isso essas medicações não foram aprovadas para tratamento da HPTEC pelas agências reguladoras. Além disso, no registro Europeu recentemente publicado, relata que o tratamento com essas terapias nos pacientes com HPTEC não há melhoras na sobrevida. Item 8.3 Terapia Medicamentosa Riociguate Cerca de 30% dos pacientes têm HPTEC são inoperáveis, devido a diversos fatores, como por exemplo, trombos inaccessíveis pela cirurgia ou presença de outras doenças que agravam o risco operatório. Além disso, alguns pacientes (17%-30%) que foram submetidos à cirurgia de tromboendarterectomia pulmonar, podem recorrer ou persistir com a pressão na artéria pulmonar alta. Para esses pacientes (HPTEC inoperável ou doença recorrente/persistente após a cirurgia), Adempas® (riociguate, Bayer S.A.),			
				foi recentemente aprovado pela ANVISA desde outubro de 2015. MS-1.7056.01070 riociguate pertence a uma nova classe com novo mecanismo de ação: é um estimulante direto da guanilato ciclase solúvel (sGC). A sGC é uma enzima responsável pela conversão de guanosina trifosfato (GTP) em guanosina monofosfato cíclico (GMPc). Essa enzima tem a sua ação desencadeada frente à ligação com o óxido nítrico (NO, nitric oxide), produzido pela vasculatura pulmonar normal. A GMPc regula processos que interferem no tônus vascular, na proliferação endotelial, na fibrose e na inflamação. Em pacientes com HPTEC, a disfunção endotelial está presente, diminuindo a síntese de NO e, portanto, estimulando a sGC de forma insuficiente, o que resulta em menos GMPc disponível. Dessa forma, o riociguate liga-se à sGC e estimula a sua ação, independentemente de sua ligação com o NO, e quando na presença desse, potencializa a sua ação, convertendo mais GTP em GMPc. Os estudos CHEST-1 e CHEST-2 com riociguate demonstram, pela primeira vez como uma terapia farmacológica melhorou significativamente a capacidade de exercício (Teste do Caminhada de 6 minutos), classe funcional e hemodinâmica em pacientes com HPTEC inoperável ou HP persistente/recidivante após PEA, com evidências de benefícios prolongados e clinicamente relevantes. Em comparação ao placebo, riociguate melhorou de modo significativo os parâmetros hemodinâmicos, como por exemplo a RVP, PAPm e níveis de NT-proBNP. Além disso, no acompanhamento de 2 anos do estudo CHEST, observou-se uma taxa de sobrevida de 93% dos pacientes. Para maiores detalhes, vide referência em anexo. Com base nestes importantes dados, riociguate é a única farmacoterapia aprovada para tratamento de pacientes com HPTEC persistente/recidivante após tratamento cirúrgico ou HPTEC inoperável.			
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1) O PCDT não inclui uma série de medicações já comprovadamente eficazes para hipertensão arterial pulmonar (grupo 1) - tadalafil, riociguate, macitentan e selexipag, todas medicações já disponíveis no Brasil e recomendadas em protocolos internacionais para o tratamento de hipertensão arterial pulmonar. 2) O PCDT não contempla o tratamento de pacientes com hipertensão pulmonar do grupo 4 (tromboembólica crônica). Evidências demonstram o benefício desta população com o uso de riociguate, desde que esses pacientes não possam ser submetidos ao tratamento cirúrgico ou, se submetidos, persistam com hipertensão pulmonar residual. 3) O PCDT coloca uma hierarquia de escolha de drogas que não segue qualquer recomendação da literatura atual para hipertensão pulmonar. Não há, de acordo com consensos internacionais, por que escolher uma droga em detrimento de outras. Portanto essa hierarquização deveria ser eliminada na atualização do PCDT (podendo ser mantida o uso de bloqueador de canal de cálcio nos pacientes com resposta ao teste com vasodilatador, já que essa sim segue a recomendação da literatura internacional). 4) O PCDT não contempla o uso de terapia combinada. A evidência que surgiu a esse respeito nos últimos anos é bastante robusta, com estudos fase 3 e meta-análises claramente demonstrando o benefício desta modalidade terapêutica. A combinação de drogas deveria ser incluída na renovação do PCDT.	Trabalho no maior centro de hipertensão pulmonar do Brasil, o INCOR-SP, atualmente com mais de 1000 pacientes com hipertensão pulmonar. Dessa forma, podemos realizar todas as linhas de tratamento de hipertensão pulmonar, passando por todo o algoritmo diagnóstico, tratamento farmacológico até modalidades terapêuticas mais avançadas, como tromboendarterectomia e transplante de pulmão. No entanto a incapacidade de utilizar novos fármacos disponíveis dificulta sobremaneira o manejo adequado destes pacientes. Se incluídos no novo PCDT, o INCOR teria toda a condição de tratar esses pacientes de forma adequada, de acordo com as recomendações internacionais.	Agradeço a oportunidade de contribuir com a renovação deste PCDT. Trabalho com esses pacientes há mais de 10 anos, defendi meu doutorado em 2010 nessa área, e vejo diariamente a dificuldade destes pacientes. A inclusão de novas terapias iria proporcionar um maior instrumental para que possamos melhorar a sobrevida e a qualidade de vida destes pacientes. Coloco-me à disposição, como especialista na área, para contribuir com uma nova formulação do protocolo, de acordo com os consensos internacionais vigentes	<a href="#">Clique aqui</a>
24/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Doença de Crohn	Boa	Eu sou mãe de paciente com doença de Crohn, com 12 anos de idade. Acho que o protocolo poderia ser mais claro quanto à terapia nutricional exclusiva para pacientes pediátricos, a fim de liberar a fórmula especial com TGFb-2. Especialmente por que são crianças em fase de crescimento e possuem um déficit por causa da doença. Tive que entrar com uma ação judicial para obrigar o Estado a fornecer Modulen. O impacto no orçamento da saúde seria pequeno, pois o número de crianças com doença de Crohn não é tão grande. Outra atualização importante seria a aprovação do adalimumabe para crianças, pois o infliximabe vai perdendo eficácia com o tempo, como é o caso da minha filha.	O que dificulta é a compreensão do gestor de saúde quanto à prescrição do tratamento pelo médico. O atual protocolo indica claramente a terapia nutricional para pacientes pediátricos, mas o gestor se nega a fornecer a fórmula especial para pacientes com Crohn, no caso do Modulen. Como esse texto não é claro, abre margem para o gestor só liberar outra fórmula, diferente da prescrita pelo médico, e até dieta caseira!! Uma dieta com antigênicos e com risco de manipulação inadequada e contaminação? Não há justificativa para a recusa no fornecimento do Modulen.	Por favor revisem com carinho a parte referente aos pacientes pediátricos, pois se um adulto já sofre, a criança sofre em dobro, pois perde a infância, não cresce direito e ainda não tem maturidade para lidar com uma doença crônica tão debilitante.	



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
24/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	A DISCUSSÃO SOBRE HAP ESQUISTOSSOMÓTICA, QUE É A PRINCIPAL CAUSA EM NOSSO PAÍS PRINCIPALMENTE NO NORDESTE, COM O TRABALHO APRESENTADO DE SOBREVIVÊNCIA EM 5 ANOS COM USO DO SILDENAFIL DO CENTRO DE PESQUISA DO PROCAPE NOS EEUU NO CONGRESSO AMERICANO E JÁ PUBLICADO! DESINFORMAÇÃO ABSURDA! SHISTOSSOMIASIS-ASSOCIATED PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION SURVIVAL IN ENDEMIC AREA IN BRAZIL; ACC 2014.A NÃO INCLUSÃO DOS NOVOS MEDICAMENTOS COMO MACITENTAN E RIOCIGUATE QUE ESTÃO APROVADOS PELA ANVISA. JSEM NENHUM COMENTÁRIO SOBRE HAP POR TER CRÔNICO, QUE HOJE É TRATADO COM RIOCIGUATE, VAI TER JUDICIALIZAÇÃO MILHARES.....COMO 80% DOS CASOS QUE CHEGAM AO CENTRO DE REFERÊNCIAS SÃO CLASSE FUNCIONAL III E IV, ESTES LOGO DE ENTRADA ESTÃO CONTRA-INDICADO BLOQUEADORES DE CC, POR TER INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIREITA O QUE É ÓBVIO!!!!!! E NÃO PEDIMOS CATETERISMO COM TVRP PARA ESTES PACIENTES POIS A CF JÁ BASTA!!!!!!NÃO SE FALA SOBRE USO DE 3 DROGAS, ONDE TENHO VÁRIOS PACIENTE ..... AS DROGAS DEVERÃO SER COMPRADAS PELO GOVERNO FEDERAL DIRETAMENTE E NÃO NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS , POIS SÃO INCOMPETENTES PARA GERENCIAR COMPRAS COMO AGEM ANTI-ÉTICAMENTE NA LIBERAÇÃO DAS DROGAS E SEMPRE COM DESCULPA DE FALTA DE DINHEIRO..... OU SEJA DESVIO .....	AS PESSOAS, DE SAÚDE DAS SECRETARIAS, AGEM POR CONTA PRÓPRIA CRIANDO UM PROTOCOLO PRÓPRIO PARA A NÃO LIBERAÇÃO DAS DROGAS, ASSIM COMO A SUSPENSÃO DESTAS POR NOVOS PEDIDOS ALEATORIAMENTE COMO NÃO LIBERAR POR ESTA FALTANDO UM EXAME DE GLUCOSE!!!!!!!. OS CENTROS DE REFERÊNCIAS DEVEM TER UM PAPEL MAIS PRESENTE NAS SECRETARIAS E O GOVERNO FEDERAL DEVERIA SE REPORTAR A ELAS TAMBÉM! AS SECRETARIAS ESTÃO MUITO LIVRE PARA FAZER O QUE QUEREM E O GOVERNO FEDERAL NÃO SABE E NÃO SE INCOMODA. OS CENTROS DEVERÃO TER UM LINK .	REFAZER O PROTOCOLO COM MAIS ESPECIALISTAS DA ÁREA.ABORDAR A PARTE PRÁTICA DO DIA A DIA COM ESPECIALISTAS. ESTUDO HAP E JÁ TIVE MAIS DE 3 MIL PACIENTES E SEI DO DIA A DIA DOS SOFRIMENTOS DOS PACIENTES PARA TRATAR. A TERAPIA TEM QUE SER POR DUAS OU TRÊS DROGAS NA MAIORIA DOS CASOS OS PROTOCOLOS MUNDIAIS COMPROVAM.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1. Não estabelecimento de tratamentos específicos de 1ª, 2ª e 3ª linhas na abordagem de pacientes com HAP.No momento não existe na literatura classificação do tratamento da HAP em 1ª, 2ª e 3ª linhas.Com base no conhecimento existente sobre a patogênese da doença, drogas que comprovadamente apresentam ação sobre as vias metabólicas envolvidas (tanto de bloqueio quanto de ativação) são utilizadas de forma sequencial e/ou combinada, sem, no entanto, haver nos consensos ou na literatura médica indicativo de ordem prescritiva a ser seguida.Esta passou a ser a conduta após a publicação do trabalho de Hoeper et al. em 2005, no qual o uso de terapia específica para tratamento de HAP (antagonista do receptor da endotelina - ARE- ou inibidor da 5-fosfodiesterase) era instituída conforme avaliação do médico. Após período de avaliação de resposta (terapia orientada por metas), se essa não era atingida, nova droga era associada à primeira. A não resposta à combinação resultava em associação de prostanóide venoso e, como último recurso, transplante de pulmão. Essa modalidade terapêutica, resultou em aumento da sobrevivência de pacientes com HAPI quando comparados a grupo de controle histórico (Registro do NIH), com sobrevivência estimada dos participantes em 1, 2 e 3 anos foi de 93%, 83% e 79,9%, respectivamente, o que foi significativamente melhor do que o verificado nos pacientes do grupo controle histórico.A partir da publicação destes dados, a terapêutica orientada por metas e a associação de medicamentos para alcançar as metas passou a nortear o tratamento da HAP. De acordo com os consensos da HAP atualmente em vigor, caberia ao médico especialista do Centro de Referência definir qual medicamento e qual estratégia terapêutica (monoterapia ou terapia combinada) adotar, de acordo com o perfil e necessidade de cada paciente.	- A falta de especialistas que possam realizar de forma adequada cateterismo cardíaco direito, bem como disponibilidade de óxido nítrico, que é a droga padrão ouro, para a realização do teste de vasorreatividade. - A indisponibilidade de cintilografia de	- Falta de regularidade no fornecimento dos medicamentos pelas secretarias estaduais, elevando o índice de óbitos.- Falta de leitos específicos para internação de pacientes graves de HAP.	<a href="#">Clique aqui</a>
				2. Recomendação de terapia combinadaOutra recomendação da PCDT que merece ressaltar diz respeito à utilização da monoterapia sequencial como modalidade de tratamento da HAP. Esta consiste na introdução de um único medicamento que pode ter suas doses tituladas até a dose superior permitida (seja por bula ou pela tolerabilidade do paciente) e, caso não se obtenha a resposta esperada, o medicamento deverá ser suspenso e iniciada outra droga. Na literatura médica atual não encontramos evidências científicas que suportem a recomendação do Ministério da Saúde de indicar essa modalidade de tratamento para o manejo da HAP.Para o tratamento da HAP, a combinação de diferentes classes de medicamentos visa se abordar as diferentes vias patogênicas da doença. Visto que esta é uma doença progressiva, o uso exclusivo de uma única droga limita a ação a uma única via metabólica, sendo coerente a associação de outros medicamentos para se atingir a meta terapêutica desejada (classe funcional I ou II da OMS, normalização do índice cardíaco ou dosagem de NT-próBNP sérica).Vários estudos recentes mostram que a associação precoce de drogas para tratamento da HAP traz benefícios indubitáveis a esses pacientes. Em um deles, os pacientes que alcançavam suas metas terapêuticas apresentavam prognóstico melhor do que aqueles que não as atingiam.Sendo assim, a terapia combinada inicial ou sequencial estão alocadas em Grau de evidência I para pacientes com HAP, conforme o Consenso do ESC-ERS 2015.			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Como se pode ver, a recomendação de monoterapia sequencial é uma prática em desacordo com o observado na literatura e com o praticado mundialmente para tratamento de portadores de HAP, não existindo evidências que suportem sua indicação, salvo na ocorrência de eventos adversos que contraindiquem uma das drogas. Análise de subgrupos de vários estudos mostram resultados melhores para associação de diferentes classes de medicamentos (terapia combinada) quando comparados às monoterapias, porém esses estudos não foram baseados em medidas de desfecho primário de morbi-mortalidade, conforme critérios estabelecidos no consenso de Dana Point, 2009. Os dois principais estudos que tem como desfecho primário eventos de morbi-mortalidade são: – SERAPHIN: estudo fase 3 que avaliou a eficácia e segurança de macitentan na no tratamento de longo prazo da HAP. Cerca de 61% dos pacientes que receberam macitentan estava em uso de inibidor da 5-fosfodiesterase. O efeito de macitentan sobre pacientes com terapia de base foi consistente com o efeito de tratamento global, o que indica que o benefício foi obtido quando macitentan foi usada em combinação com tratamentos de base para a HAP (principalmente inibidores da PDE-5). No subgrupo de pacientes que recebiam terapia de base para a HAP, 10 mg de macitentan reduziu significativamente o risco de morbidade ou mortalidade em 38% (p = 0,0094). – GRIPHON: estudo fase 3 que avaliou a eficácia e a segurança de selexipague no tratamento de longo prazo da HAP. Cerca de 79,6% dos pacientes que receberam selexipague estavam em uso de terapia de base (sendo 32% com duas drogas).</p>			
				<p>Selexipague obteve uma redução do risco de morbidade e mortalidade em 40% quando comparado ao grupo controle. Os dados desse estudo revelam informações valiosas sobre regimes de combinação dupla e tripla de medicamentos (ERA, ou PDE-Si ou ambos). Frente a essas evidências, não há como ignorar o benefício da terapia combinada em pacientes com HAP, bem como os riscos advindos da suspensão de um medicamento em uso para a realização da monoterapia sequencial. Embora a terapia combinada tenha seu benefício cientificamente comprovado, o início do tratamento com monoterapia também é uma opção válida conforme o Consenso ESC-ERS 2015. Com base no estudo SERAPHIN, a macitentan (ERA) foi a única droga que comprovou redução de morbi-mortalidade em monoterapia até o momento. 3. Inserção de opções terapêuticas com impacto em sobrevida no atual protocolo Estudos recentemente publicados, cujos desenhos buscavam avaliação de longo prazo e impacto de drogas na morbidade e mortalidade dos pacientes com HAP, revelam benefícios na utilização de tais medicamentos. É o caso da macitentan e do selexipague. Tais drogas resultaram em impacto de sobrevida (morbi-mortalidade) da ordem de 38 e 40%, respectivamente e no entanto, nenhuma delas está contemplada pelo PCDT em vigência, com a ressalva de que o selexipague ainda não tem a comercialização liberada no país. O mesmo ocorre com o epoprostenol, que sabidamente impacta em mortalidade e permanece fora do referido protocolo. Porém, trata-se de droga de difícil manejo devido a sua via de administração (parenteral em infusão contínua) e termo-labilidade. A inclusão do selexipague (uso oral) vem suprir a falta de um medicamento que atue na via da prostaciclina. Levando-se em conta tratar-se de doença crônica e progressiva, vários pacientes experimentam falência dos esquemas de tratamento atuais, não restando opções terapêuticas capazes de interferir na progressão da doença, por isso tais drogas fazem-se necessárias para garantir maior sobrevida</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				dessa população.			
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Diante dos avanços nas pesquisas, que já são temas de conferências e congressos médicos, já chegou o momento de revê-lo, acrescentando a terapia combinada. Inclusive porque, como doença degenerativa, muitos pacientes já necessitam da inibição de mais de uma "asa hormonal". Muitos estudos já mostram que a HAP avança mais lentamente, inclusive, quanto antes começar a terapia combinada. Outra questão, é a inclusão de novas drogas no arsenal, que já se encontram disponíveis no Brasil, como a tadalafila.	O mais difícil hoje é ele não contemplar a terapia combinada.		
25/10/2016	Interessado no tema	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	exclusão da monoterapia sequencialinclusão de terapia combinada inicial e sequencial	Temos CT direito entretando, no SUS não temos teste oxidonitrico para medir hiperreatividade, somente O2.	Falta de regularidade no fornecimento dos medicamentos	
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	inclusão dos pacientes com tromboembolismo pulmonar crônico.	Os pacientes com trombo embolismo pulmonar, na grande maioria mulheres, que desenvolvem a doença por conta do anticoncepcional, não estão resguardadas pelo protocolo.		
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	O PCDT não inclui uma série de medicações já comprovadamente eficazes para hipertensão arterial pulmonar (grupoA Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS agradece a sua contribuição.Anoto o protocoloFormulários: Enquete CONITEC nº 07/2016 - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014Protocolo: 28206.10GT5u9s*RzKMFormSus 24/10/16 21:35http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php Página 2 de 21) - tadalafila, riociguate, macitentan e selexipag, todas medicações já disponíveis no Brasil e recomendadas em protocolos internacionais para o tratamento de hipertensão arterial pulmonar2) O PCDT não contempla o tratamento de pacientes com hipertensão pulmonar do grupo 4 (tromboembólica crônica).Evidências demonstram o benefício desta população com o uso de riociguate, desde que esses pacientes não possam ser submetidos ao tratamento cirúrgico ou, se submetidos, persistam com hipertensão pulmonar residual.3)O PCDT coloca uma hierarquia de escolha de drogas que não segue qualquer recomendação da literatura atual parahipertensão pulmonar. Não há, de acordo com consensos internacionais, por que escolher uma droga em detrimento deoutras. Portanto essa hierarquização deveria ser eliminada na atualização do PCDT (podendo ser mantida o uso debloqueador de canal de cálcio nos pacientes com resposta ao teste com vasodilatador, já que essa sim segue a recomendação da literatura internacional).4) o PCDT não contempla o uso de terapia combinada. A evidência que surgiu a esse respeito nos últimos anos ébastante robusta, com estudos fase 3 e meta-análises claramente demonstrando o benefício desta modalidade terapêutica. A combinação de drogas deveria ser incluída na renovação do PCDT.	Trabalho no maior centro de hipertensão pulmonar do Brasil, o INCOR-SP, atualmente com mais de 1000 pacientes com hipertensão pulmonar, e 200 pacientes do grupo 4. Dessa forma, podemos realizar todas as linhas de tratamento de hipertensão pulmonar, passando por todo o algoritmo diagnóstico, tratamento farmacológico at: modalidades terapêuticas mais avançadas, comotromboendarterectomia e transplante de pulmão. No entanto a incapacidade de utilizar novos fármacos disponíveisdificulta sobremaneira o manejo adequado destes pacientes. Se incluídos no novo PCDT, o INCOR teria toda a condição de tratar esses pacientes de forma adequada, de acordo com as recomendações internacionais.	Trabalho com pacientes de tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo há mais de 25 anos, orientei 1 doutorado nessa área, e vejo diariamente a dificuldade destes pacientes. A inclusão de novaterapias iria proporcionar um maior instrumental para que possamos melhorar a sobrevida e a qualidade de vida destespacientes.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>1. Nova classificação foi publicada em 2015, abrangendo todos os cinco grupos de HAP, que precisa ser atualizada no novo PCDT. Ocorreram mudanças importantes , não somente no Grupo I, como no Grupo IV, para melhor definição diagnóstica do TEP (Tromboembolismo Pulmonar- TEP) como causa de HP, que deveria ser incluído para tratamento no novo protocolo. Cerca de 40% dos pacientes com TEP, são inoperáveis, seja pela localização mais periférica dos trombos, seja pelos elevados níveis de HP, que se beneficiariam com o uso de Riociguate. Mesmo aqueles que persistem com Resistência Vascular Pulmonar (RVP) elevada após a endarterectomia pulmonar, Têm mostrado boa resposta a esta medicação.3. Outro aspecto que acho irrelevante , é condicionar o uso da medicação ao teste dos 6'. O tratamento precoce desta doença é mandatória para evitar a progressão da mesma, que deve ser tratada assim que o diagnóstico seja feito. Este teste seria destinado apenas à avaliação da resposta terapêutica, embora saibamos da sua limitação no que diz respeito ao prognóstico tardio 4. Saliento a necessidade do uso do método de Fick para a medida do débito cardíaco nos cálculos de resistência e Fluxo vascular Pulmonar (RVP) nos portadores de cardiopatas congênitas. 5. Apenas os pacientes pertencentes ao Grupo I são portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP). Os demais grupos não recebem esta denominação e somente são rotulados de Hipertensão Pulmonar (HP). Esta diferenciação é necessária porque estes grupos , com exceção do TEP, não tem, ainda, terapia disponível para tratamento no mundo.</p>	A falta de maleabilidade na prescrição e escolha da medicação mais apropriada, como também não poder combinar terapias	Não	
				<p>6.Quanto a monoterapia sequencial não há respaldo desta prática na literatura mundial. nem tampouco a ordem a ser seguida. Tudo depende da experiência do Médico e da resposta do paciente ao tratamento, visto que existem várias vias de atuação das drogas, que não, necessariamente, é aquele do paciente afetado. As classes de medicações têm que ser liberadas e prescritas conforme a resposta terapêutica do paciente, sem a obrigatoriedade de se seguir uma cronologia como a imposta hoje. A terapia combinada inicial ou sequencial é hoje prática corrente conforme orientação do Guidelines do ESC-ERS publicado em 2015. Vários estudos mostram que a terapia combinadas em subgrupos, tem resposta muito melhor do que aquelas observadas na monoterapia, a exemplo do que apresentaram os estudos SERAPHIN e GRIPHON.1. Nova classificação foi publicada em 2015, abrangendo todos os cinco grupos de HAP, que precisa ser atualizada no novo PCDT. Ocorreram mudanças importantes , não somente no Grupo I, como no Grupo IV, para melhor definição diagnóstica do TEP (Tromboembolismo Pulmonar- TEP) como causa de HP, que deveria ser incluído para tratamento no novo protocolo. Cerca de 40% dos pacientes com TEP, são inoperáveis, seja pela localização mais periférica dos trombos, seja pelos elevados níveis de HP,</p>			
				<p>que se beneficiariam com o uso de Riociguate. Mesmo aqueles que persistem com Resistência Vascular Pulmonar (RVP) elevada após a endarterectomia pulmonar, Têm mostrado boa resposta a esta medicação.3. Outro aspecto que acho irrelevante , é condicionar o uso da medicação ao teste dos 6'. O tratamento precoce desta doença é mandatória para evitar a progressão da mesma, que deve ser tratada assim que o diagnóstico seja feito. Este teste seria destinado apenas à avaliação da resposta terapêutica, embora saibamos da sua limitação no que diz respeito ao prognóstico tardio 4. Saliento a necessidade do uso do método de Fick para a medida do débito cardíaco nos cálculos de resistência e Fluxo vascular Pulmonar (RVP) nos portadores de cardiopatas congênitas.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				5. Apenas os pacientes pertencentes ao Grupo I são portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP). Os demais grupos não recebem esta denominação e somente são rotulados de Hipertensão Pulmonar (HP). Esta diferenciação é necessária porque estes grupos, com exceção do TEP, não tem, ainda, terapia disponível para tratamento no mundo. 6.Quanto a monoterapia sequencial não há respaldo desta prática na literatura mundial. nem tampouco a ordem a ser seguida. Tudo depende da experiência do Médico e da resposta do paciente ao tratamento, visto que existem várias vias de atuação das drogas, que não, necessariamente, é aquele do paciente afetado. As classes de medicações têm que ser liberadas e prescritas conforme a resposta terapêutica do paciente, sem a obrigatoriedade de se seguir uma cronologia como a imposta hoje. A terapia combinada inicial ou sequencial é hoje prática corrente conforme orientação do Guidelines do ESC-ERS publicado em 2015. Vários estudos mostram que a terapia combinadas em subgrupos, tem resposta muito melhor do que aquelas observadas na monoterapia, a exemplo do que apresentaram os estudos SERAPHIN e GRIPHON.1. Nova classificação foi publicada em 2015, abrangendo todos os cinco grupos de HAP, que precisa ser atualizada no novo PCDT. Ocorreram mudanças importantes, não somente no Grupo I, como no Grupo IV, para melhor definição diagnóstica do TEP (Tromboembolismo Pulmonar-TEP) como causa de HP, que deveria ser incluído para tratamento no novo protocolo. Cerca de 40% dos pacientes com TEP, são inoperáveis, seja pela localização mais periférica dos trombos, seja pelos elevados níveis de HP			
				, que se beneficiariam com o uso de Riociguat. Mesmo aqueles que persistem com Resistência Vascular Pulmonar (RVP) elevada após a endarterectomia pulmonar, Têm mostrado boa resposta a esta medicação.3. Outro aspecto que acho irrelevante, é condicionar o uso da medicação ao teste dos 6°. O tratamento precoce desta doença é mandatória para evitar a progressão da mesma, que deve ser tratada assim que o diagnóstico seja feito. Este teste seria destinado apenas à avaliação da resposta terapêutica, embora saibamos da sua limitação no que diz respeito ao prognóstico tardio 4. Saliento a necessidade do uso do método de Fick para a medida do débito cardíaco nos cálculos de resistência e Fluxo vascular Pulmonar (RVP) nos portadores de cardiopatias congênitas. 5. Apenas os pacientes pertencentes ao Grupo I são portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP). Os demais grupos não recebem esta denominação e somente são rotulados de Hipertensão Pulmonar (HP). Esta diferenciação é necessária porque estes grupos, com exceção do TEP, não tem, ainda, terapia disponível para tratamento no mundo. 6. Quanto a monoterapia sequencial não há respaldo desta prática na literatura mundial. nem tampouco a ordem a ser seguida. Tudo depende da experiência do Médico e da resposta do paciente ao tratamento, visto que existem várias vias de atuação das drogas, que não, necessariamente, é aquele do paciente afetado. As classes de medicações têm que ser liberadas e prescritas conforme a resposta terapêutica do paciente, sem a obrigatoriedade de se seguir uma cronologia como a imposta hoje.			
				A terapia combinada inicial ou sequencial é hoje prática corrente conforme orientação do Guidelines do ESC-ERS publicado em 2015. Vários estudos mostram que a terapia combinadas em subgrupos, tem resposta muito melhor do que aquelas observadas na monoterapia, a exemplo do que apresentaram os estudos SERAPHIN e GRIPHON.1. Ghofrani H, Galle N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langleben D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4_MeetingAbstracts).2. Galle N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-3. ESC/ERS Guidelines 2015. European Heart Journal. Aug. 29. 20154. Pulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galle N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728.			
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	A diretriz é clara e objetiva	Ajuda a padronização do tratamento, dificulta a dificuldade ocasional de aduirmir tratamento	Não	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>"Sugestões SPPT para mudanças do PCDT de hipertensão arterial pulmonar. Atualizações: São Paulo, 18 de outubro de 2016. Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia vem, por meio deste documento, fazer a sua contribuição para a renovação do PCDT nacional para o tratamento de hipertensão arterial pulmonar. Para tal, discutiremos determinadas assertivas do PCDT atual, contrapondo novas evidências que busquem aprimorar o cuidado do paciente com hipertensão arterial pulmonar, patologia rara, mas de alta gravidade e letalidade. Página 288 – primeiro parágrafo: "A tadalafila é um fármaco inibidor reversível e seletivo do monofosfato de guanosina cíclica (GMPC) - fosfodiesterase específica tipo 5 (PDES). A comparação entre tadalafila e sildenafil não foi avaliada por meio de ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado. A falta de evidência de superioridade da primeira em relação à segunda no tratamento da HAP, somada à similaridade dos resultados clínicos obtidos com o uso desses fármacos, serviram de base para que o Ministério da Saúde não incluisse tadalafila no Sistema Único de Saúde nem nesse Protocolo". Os dados de resposta clínica à tadalafila em pacientes com hipertensão arterial pulmonar baseiam-se no estudo PHIRST, publicado na revista Circulation (a principal revista de cardiologia do mundo, fator de impacto 14), em 2009. No PHIRST, 405 pacientes foram aleatorizados para receber doses distintas da tadalafila ou placebo. Um dos questionamentos levantados a cerca do estudo diz respeito ao número de pacientes incluídos. Neste sentido é importante considerar-se que a hipertensão arterial pulmonar é uma doença rara, com prevalência de 25 casos/milhão de habitantes 2. Dessa forma, especula-se que haja hoje 200.000 pacientes portadores da patologia em todo o mundo. Logo, o número de pacientes admitidos no PHIRST é altamente significativo (algo em torno de 0,2% dos pacientes com a patologia do mundo inteiro).</p>	Vide Documento anexo	Vide Documento anexo	<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>Como comparativo, no Super-1 3, o estudo que validou o uso de sildenafil para hipertensão arterial pulmonar, foram incluídos 278 pacientes. Na coorte britânica, recentemente publicada, foram identificados no Reino Unido, entre 2001 e 2009, apenas 482 pacientes com hipertensão arterial pulmonar 4. Tal dado reforça a relevância do número absoluto de pacientes avaliados pelo PHIRST. Outro questionamento acerca do PHIRST deveu-se ao desfecho primário escolhido para avaliar a eficácia do tratamento: o teste de caminhada de 6 minutos. Sabidamente os estudos com doenças raras apresentam dificuldade para avaliar como desfecho principal a sobrevida, dado o pequeno número de pacientes disponíveis. Dessa forma, constantemente buscam-se outros métodos para avaliar a eficácia dos tratamentos. Em hipertensão arterial pulmonar já se demonstrou que o teste de caminhada de 6 minutos apresenta boa co-relação com a sobrevida dos pacientes 5. Na última década, diversos estudos importantes, que validaram o uso de medicações para o tratamento desta patologia, adotaram esse desfecho. Dentre eles destaca-se, novamente, o Super-1, de 2005 3. Também com relação ao teste de caminhada, há o questionamento a respeito do significado clínico de um ganho de 33 m. Apesar de uma diferença aparentemente pequena, um estudo recente publicado no American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine demonstrou que, em hipertensão arterial pulmonar, um ganho de distância de 30 m representa relevância clínica 6. Finalmente, o intervalo de confiança apresentado no estudo é amplo por que a variabilidade individual do teste é ampla, sendo esta uma de suas principais limitações. Entretanto, ainda assim existe a significância estatística.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>A amplitude do intervalo de confiança encontrada não difere de outros estudos em hipertensão arterial pulmonar que utilizaram-se do teste de caminhada como desfecho primário. O estudo PHIRST teve poder suficiente para justificar o uso da tadalafila na Europa e nos Estados Unidos. Além disso, possibilitou a inclusão da medicação nos consensos de hipertensão pulmonar como evidência IB, tanto na Sociedade Respiratória Européia (ERS) 7 quanto na Sociedade Torácica Americana (ATS) 8, as duas associações de maior prestígio em se tratando de circulação pulmonar. Ao nosso ver, estes dados justificam, de forma robusta, o potencial uso desta medicação na população brasileira portadora de hipertensão arterial pulmonar. Ao comparar a custo-efetividade do tratamento de tadalafila e sildenafil, deve-se considerar, além do preço individual de cada uma das medicações, a diferença das doses empregadas de sildenafil em cada paciente. Dados de um estudo ainda não publicado do grupo de circulação pulmonar do INCOR-FMUSP demonstram que 70 % dos pacientes que utilizam sildenafil recebem a dose padrão, de 60 mg/dia. No entanto, os 30% restantes recebem doses de 120, 180 ou até 240 mg/dia, o que equivale, em número absoluto de comprimidos de sildenafil, ao utilizado pelos demais 70%. Considerando-se que a dose de tadalafila para o tratamento de hipertensão arterial pulmonar é sempre única (40 mg/dia), o custo dos dois tratamentos seria semelhante. Página 290 - Item 5 - Critérios de Inclusão Diz o protocolo atual "Serão incluídos neste Protocolo pacientes com HAP cujas avaliações clínica e laboratorial complementares confirmem o diagnóstico de HAP (Grupo 1)" Em 2013 foi publicado no New England Journal of Medicine o estudo CHEST 9.</p>			
				<p>Neste estudo pacientes com Hipertensão pulmonar grupo 4 (Hipertensão pulmonar associada à embolia pulmonar crônica - HPTec) que não tinham indicação cirúrgica (a cirurgia tromboendarterectomia é o padrão ouro para o tratamento destes pacientes) ou que foram operados e apresentavam hipertensão pulmonar residual, foram submetidos ao tratamento clínico com riociguate, um análogo do GMP cíclico, ou a placebo. Pacientes que receberam riociguate apresentavam melhora nos desfechos primários pretendidos (teste de caminhada de 6 minutos - 46 m; IC 95% 25 a 67; P&lt;0.001) e resistência vascular pulmonar - redução de 246 dyn·sec·cm<sup>-5</sup>; IC 95% -303 a -190; P&lt;0.001. Além disso, houve também melhora nos desfechos secundários: NT-proBNP (P&lt;0.001) e classe funcional (P=0.003). Isso fez com que, no último consenso europeu de hipertensão pulmonar publicado pela sociedade europeia de cardiologia e respiratória 10, o riociguate fosse considerado como alternativa terapêutica para casos de hipertensão pulmonar do grupo 4, sem indicação cirúrgica ou que após a cirurgia persistiram com hipertensão pulmonar residual. Frente a essa evidência atual, ao nosso ver o PCDT brasileiro de HAP deveria acatar essa recomendação e incluir essa população de pacientes. Uma série de casos incidentes de hipertensão pulmonar brasileira 11 recentemente demonstrou que, entre 2008 e 2012, 12% dos casos novos de hipertensão pulmonar de um grande centro nacional eram por conta de HPTec (grupo 4), demonstrando ser essa uma população cuja prevalência da doença justifique uma consideração particular da sua situação. Página 290 – Critérios de Exclusão: "Serão excluídos deste Protocolo de tratamento: ... pacientes com HAP em decorrência de outras condições conforme o V Simpósio Mundial de Hipertensão Pulmonar de Nice: Grupo 2: HAP por Doença Cardíaca Esquerda; Grupo 3: HAP por Doença Pulmonar e/ou Hipoxemia;</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Grupo 4: HAP por Doença Tromboembólica crônica“Pelas razões citadas no tópico anterior, incluir o grupo 4 nos critérios de exclusão vai contra as recomendações dos últimos consensos internacionais de HAP 10, que incluem para o tratamento clínico a parcela de pacientes com HPTEC não cirúrgicos ou com hipertensão residual pós tromboendarterectomia, frente aos resultados já discutidos do estudo CHEST 12. Página 291 – 8.2 – Terapia Medicamentosa. Pelo menos três novas drogas foram aprovadas para o tratamento de hipertensão pulmonar, desde a última revisão do PCDT nacional- Macitentan: A macitentan é uma droga da classe dos antagonistas inespecíficos da endotelina 1. Em 2013 foi publicado o estudo SERAPHIN 13, que avaliou duas doses de macitentan (3 e 10 mg, 242 e 250 pacientes, respectivamente) versus placebo (250 pacientes), para o tratamento de pacientes com hipertensão arterial pulmonar. Neste estudo, o uso de macitentan reduziu, de forma significativa a ocorrência de eventos clinicamente relevantes, como morte, internação e piora clínica (risco relativo de eventos de 0,7 na dose 3 mg, IC 97,5% 0,52 a 0,96, P=0,01; e 0,55 na dose de 10 mg, IC 97,5% 0,39 a 0,76, P&lt;0,001). A conclusão dos autores foi a de que macitentan reduziu a morbidade e a mortalidade de pacientes com hipertensão arterial pulmonar. Tal estudo justificou a inclusão de macitentan nas recomendações internacionais de tratamento de hipertensão pulmonar, com a ressalva de que esta droga era a que possui a maior evidência de uso, frente ao desfecho escolhido para o estudo (os estudos anteriores utilizavam como desfecho a variação do teste de caminhada de 6 minutos, enquanto o SERAPHIN utilizou desfechos clinicamente relevantes como morte, internação e piora clínica).</p>			
				<p>Frente a sua liberação ocorrida pela ANVISA este ano, ao nosso ver, a macitentan também deveria ser incluída no arsenal terapêutico de hipertensão pulmonar dos pacientes brasileiros.- Riociguate: O riociguate é um análogo do GMP cíclico. Além do estudo CHEST 12 citado anteriormente (riociguate para o tratamento de pacientes com hipertensão pulmonar do grupo 4, não cirúrgicos ou operados, que persistiam com hipertensão pulmonar), em 2013 foi publicado o estudo PATENT 14. No PATENT, 443 pacientes com hipertensão arterial pulmonar (grupo 1) foram aleatorizados para receberem placebo ou riociguate, até a dose máxima de 2,5 mg três vezes ao dia. Ao final de 12 semanas, houve um ganho de 36 m no teste de caminhada de 6 minutos nos pacientes que receberam riociguate (IC 95% 20 a 52 m, P &lt; 0,001). Houve também benefício nos desfechos secundários estudados, resistência vascular pulmonar (P&lt;0,001), NT-proBNP (P&lt;0,001), classe funcional (P=0,003), tempo de piora clínica (P=0,005) e escore de dispnéia de Borg (P=0,002). Tal estudo fez com que o riociguate fosse autorizado para o tratamento não só de pacientes do grupo 4, mas também para pacientes de grupo 1. O riociguate foi recentemente liberado pela ANVISA para o tratamento de hipertensão pulmonar no grupo 4 e ao nosso ver, além desta indicação deveria também ser incluído no PCDT de hipertensão pulmonar para o tratamento de pacientes do grupo 1.- Selexipag: o selexipag é um agonista parcial dos receptores de prostaciclina. Em 2015 foi publicado o maior estudo de hipertensão pulmonar da literatura médica, o estudo GRIPHON 15. Neste estudo, 1156 pacientes com hipertensão pulmonar do grupo 1 foram aleatorizados para receberem selexipag na dose máxima de 1600 mcg/dia ou placebo.</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>O desfecho escolhido para o estudo foi baseado em variáveis clinicamente relevantes (morte ou internações ou piora clínica). Selexipag reduziu a quantidade destes eventos em 40 % (IC 99% 0,46 a 0,78, P&lt;0,01). Tal estudo justificou a inclusão de selexipag para o tratamento de pacientes com hipertensão arterial pulmonar. A aprovação pela ANVISA do uso desta droga no Brasil ainda não ocorreu, mas ao nosso ver, dada a robustez do estudo e da relevância clínica obtida pelo seu resultado, além de ser a única droga via oral da via das prastaglandinas para o tratamento de hipertensão pulmonar, acreditamos que o selexipag também deva ser incluído no referido PCDT. Página 289 – “A seguir, apresenta-se a ordem de escolha para o tratamento da HAP (Grupo 1): • 1a opção: bloqueador do canal de cálcio (apenas se HAPI com teste de reatividade pulmonar positivo); • 2a opção: iloprost ou sildenafil; • 3a opção: ambrisentana ou bosentana (se houver falha terapêutica ou efeitos adversos a sildenafil ou iloprost)”. Não há, em toda a literatura médica referente a HAP, qualquer modo ou sugestão de hierarquizar as opções terapêuticas. Não há por que sildenafil e iloprost estejam à frente e serem preferidos frente à bosentana ou ambrisentana, ou mesmo macitentan, riociguate e selexipag, que a nosso ver deveriam ser incluídos no protocolo, conforme discutido anteriormente. Ao nosso ver, a recomendação a se seguir deveria ser a mesma das sociedades internacionais e deixar as drogas de segunda e terceira opção no mesmo patamar terapêutico. Página 300 – 8.9 - Combinação de fármacos - Apesar da gravidade da doença e da possibilidade de atuar em vias terapêuticas distintas (prostaciclina, endotelina, óxido nítrico) incentivando a prescrição combinada de fármacos, atualmente a terapia combinada para tratamento da HAP encontra subsídio apenas em análises de subgrupos de estudos randomizados.</p>			
				<p>Os estudos desenhados especificamente para avaliar o benefício da terapia combinada falharam em demonstrar benefício inequívoco de seu uso... A avaliação da CONITEC foi contrária à utilização dos fármacos deste Protocolo em terapia combinada, por falta de estudos comprobatórios de eficácia e pelos riscos de eventos adversos potencialmente graves ainda não avaliados adequadamente. Assim, com base na opinião de especialistas (ou seja, de baixo nível de evidência), recomenda-se que, nos 30%-40% dos casos que progridem na vigência do uso da sildenafil em dose máxima, não haja modificação na dose deste medicamento até que se alcance a estabilização clínica com a introdução de bosentana ou de ambrisentana, e não antes de 3 meses de uso concomitante da sildenafil com um desses fármacos. Após esse prazo, deve-se proceder à redução gradual da dose de sildenafil até sua retirada completa”. Esse é outro ponto em que as evidências atuais demandam urgente atualização do PCDT. Um dos grandes estudos recentes em hipertensão pulmonar é o AMBITION16. Neste estudos, 500 pacientes com hipertensão arterial pulmonar (grupo 1) foram aleatorizados para receber ambrisentan 10 mg/dia, tadalafil 40 mg/dia ou ambrisentan + tadalafil. O desfecho buscado era um desfecho clinicamente relevante (morte, internação ou piora clínica). Após 24 semanas de tratamento, a terapia combinada reduziu em 50% o risco relativo de complicação relacionada à HAP (RR 0,50, IC 95% 0,35 a 0,92, P&lt;0,001). Além disso, a terapia combinada acarretou melhora também nos desfechos secundários: melhora no NT-Pro-BNP (&amp;#8722;67,2% vs. &amp;#8722;50,4%; P&lt;0,001), e ganho no teste de caminhada de 6 minutos (48,98 m vs. 23,80 m; P&lt;0,001). Dessa forma, o benefício da terapia combinada na hipertensão pulmonar é inequívoco.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Análises de subgrupos dos outros grandes estudos recentes de HAP (PATENT, SERAPHIN e GRIPHON) também demonstram os benefícios da terapia combinada. Recentemente, uma meta-análise compilando essas informações foi publicada no Lancet Respiratory Medicine, avaliando 4095 pacientes. Nesse estudo, a terapia combinada associou-se a uma redução na piora clínica, quando comparada com a monoterapia (17% [332 de 1940 pacientes] vs 28% [517 de 1862 pacientes]). [RR] 0.65 [95% CI 0.58-0.72], p&lt;0.00001]. Tais evidências sugerem fortemente o papel da terapia combinada na HAP e, ao nosso ver essa modalidade terapêutica deveria ser contemplada no PCDT. Sugestão de algoritmo de diagnóstico e tratamento: Legenda: HP – hipertensão pulmonar, HAP – hipertensão arterial pulmonar, ECG – eletrocardiograma, ECO – ecocardiograma, PFP – Prova de função pulmonar, HAPI – hipertensão arterial pulmonar idiopática, PMAP – pressão média de artéria pulmonar, POAP – pressão de oclusão de artéria pulmonar, mmHg – milímetros de mercúrio, CF – classe funcional, TC6min- Teste de caminhada de 6 minutos, BNP – peptídeo natriurético cerebral, Tx – transplante, V/Q – inalação/perfusão, HPTec – hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. Tabela 1 – Drogas para o tratamento de Hipertensão Pulmonar, classificada pela via fisiopatológica de ação, com suas respectivas doses inicial e máxima. Via do Óxido Nítrico Via da Endotelina Via da prostaglandina Sildenafil (20 mg 8/8 h a 80 mg 8/8 h) 3Tadalafil (40 mg 1x/d) 1Riociguate (0,5 mg 8/8 h a 2,5 mg 8/8 h) 14Bosentan (62,5 mg 12 / 12 h a 125 mg 12/12 h) 18Ambrisentan (5 mg 1x/d a 10 mg 1x/d) 19Macitentan (3 mg 1x/d a 10 mg 1x/d) 13Iloprost (2,5 mcg 6/6 h a 5 mcg 9x/dia) 20Selexipag (200 mcg 12/12 h a 1600 mcg 12/12 h) 16Acreditamos, desta forma ter contribuído de maneira proveitosa à discussão deste relevante tema e à revisão do PCDT de Hipertensão Pulmonar.</p>			
				<p>Sem mais, subscrevo-nos agradecendo a atenção dispensada. Dr. Caio Júlio César dos Santos Fernandes CRM.SP 100661 Presidente da Comissão de Circulação Pulmonar da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo, com tese defendida em Hipertensão Arterial Pulmonar Médico do grupo de Circulação Pulmonar do INCOR-FMUSP Dra. Regina Maria de Carvalho Pinto CRM.SP 50028 Presidente da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia Referências: 1. Galè N, Ghofrani HA, Oudiz RJ, Simonneau G, Safdar Z, Shapiro S, White RJ, Chan M, Beardsworth A, Frumkin L, Barst RJ. Tadalafil therapy for pulmonary arterial hypertension. <i>Circulation</i>. 2009;119:2894-903. 2. Humbert M, Sitbon D, Chaouat A, Bertocchi M, Habib G, Gressin V, Yaici A, Weitzsaecker E, Cortier JF, Chabot F, Dromer C, Pison C, Reynaud-Gaubert M, Haloun A, Laurent M, Hachulla E, Simonneau G. Pulmonary Arterial Hypertension in France: Results from a National Registry. <i>Am J Respir Crit Care Med</i>. 2006;173:1023-1030. 3. Galè N, Ghofrani H, Torbicki A, Barst R, Rubin L, Badesch D, Fleming T, Parpia T, Burgess G, Branzi A, Grimminger F, Kurzyna M, Simonneau G and Group. Sildenafil citrate therapy for pulmonary arterial hypertension. <i>N Engl J Med</i>. 2005;353:2148-57. 4. Yi Ling, Martin K. Johnson, David G. Kiely, Robin Condliffe, Charlie A. Elliot, J. Simon R. Gibbs, Luke S. Howard, Joanna Pepke-Zaba, Karen K. K. Sheares, Paul A. Corris, Andrew J. Fisher, James L. Lordan, Sean Gaine, J. Gerry Coghlan, S. John Wort, Michael A. Gatzoulis and Peacock AJ. Changing Demographics, Epidemiology, and Survival of Incident Pulmonary Arterial Hypertension: Results from the Pulmonary Hypertension Registry of the United Kingdom and Ireland. <i>Am J Respir Crit Care Med</i>. 2012;186:790-796.5.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Miyamoto S NN, Satoh T, Kyotani S, Sakamaki F, Fujita M, Nakanishi N, Miyatake K. Clinical correlates and prognostic significance of six-minute walk test in patients with primary pulmonary hypertension. Comparison with cardiopulmonary exercise testing. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161:487-92. 6. Mathai SC PM, Lam D, Wise RA. The minimal important difference in the 6-minute walk test for patients with pulmonary arterial hypertension. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186:428-33.7. Galie N, Hooper M, Humbert M, Torbicki A, Vachiery J, Barbera J, Beghetti M, Corris P, Gaine S, Gibbs J, Gomez-Sanchez M, Jondeau G, Klepetko W, Opitz C, Peacock A, Rubin L, Zellweger M and Simonneau G. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Task Force for Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of European Society of Cardiology (ESC); European Respiratory Society (ERS); International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Eur Respir J. 2009;34:1219-63.8. McLaughlin VV AS, Badesch DB, Barst RJ, Farber HW, Lindner JR, Mathier MA, McGoon MD, Park MH, Rosenson RS, Rubin LJ, Tapson VF, Varga J. ACCF/AHA 2009 expert consensus document on pulmonary hypertension a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents and the American Heart Association developed in collaboration with the American College of Chest Physicians; American Thoracic Society, Inc.; and the Pulmonary Hypertension Association. J Am Coll Cardiol. 2009;53:1573-619.9. Ghofrani HA, D'Armini AM, Grimminger F, Hooper MM, Jansa P, Kim NH, Mayer E, Simonneau G, Wilkins MR, Fritsch A, Neuser D, Weimann G, Wang C and Group C-S. Riociguat for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. N Engl J Med. 2013;369:319-29.10. Galie N, Humbert M, Vachiery JL, Gibbs S, Lang I, Torbicki A, Simonneau G, Peacock A, Vonk Noordegraaf A, Beghetti M, Ghofrani A,</p>			
				<p>Gomez Sanchez MA, Hansmann G, Klepetko W, Lancellotti P, Matucci M, McDonagh T, Pierard LA, Trindade PT, Zompatori M and Hooper M. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Eur Respir J. 2015;46:903-75.11. Gavilanes F, Alves-Jr JL, Fernandes C, Jardim C, Kato L, Hoette S, Hovnanian A, Dias B and Souza R. The role of right heart catheterization prior to initiation of PAH specific therapy. Eur Respir J. 2013;42:P2624.12. Ghofrani HA, Simonneau G, Rubin LJ, Authors of C and Patent. Riociguat for pulmonary hypertension. N Engl J Med. 2013;369:2268-13. Puiado T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galie N, Ghofrani HA, Jansa P, Jing ZC, Le Brun FO, Mehta S, Mittelholzer CM, Perchenet L, Sastry BK, Sitbon O, Souza R, Torbicki A, Zeng X, Rubin LJ, Simonneau G and Investigators S. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. N Engl J Med. 2013;369:809-18.14. Ghofrani HA, Galie N, Grimminger F, Grunig E, Humbert M, Jing ZC, Keogh AM, Langleben D, Kilama MO, Fritsch A, Neuser D, Rubin LJ and Group P-S. Riociguat for the treatment of pulmonary arterial hypertension. N Engl J Med. 2013;369:330-40.15. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galie N, Ghofrani HA, Hooper MM, Lang IM, Preiss R, Rubin LJ, Di Scala L, Tapson V, Adzerikho I, Liu J, Moiseeva O, Zeng X, Simonneau G, McLaughlin VV and Investigators G. Selexipag for the Treatment of</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Pulmonary Arterial Hypertension. N Engl J Med. 2015;373:2522-33.16. Galie N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, Peacock AJ, Simonneau G, Vachiery JL, Grunig E, Oudiz RJ, Vonk-Noordegraaf A, White RJ, Blair C, Gillies H, Miller KL, Harris JH, Langley J, Rubin LJ and Investigators A. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. N Engl J Med. 2015;373:834-44.17. Lajoie AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, Bonnet S and Provencher S. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. Lancet Respir Med. 2016;4:291-305.18. Rubin LJ, Badesch DB, Barst RJ, Galie N, Black CM, Keogh A, Pulido T, Frost A, Roux S, Leconte I, Landzberg M and Simonneau G. Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension. N Engl J Med. 2002;346:896-903.19. Galie N, Olshchewski H, Oudiz RJ, Torres F, Frost A, Ghofrani HA, Badesch DB, McGoon MD, McLaughlin VV, Roecker EB, Gerber MJ, Dufton C, Wiens BL, Rubin LJ and Ambrisentan in Pulmonary Arterial Hypertension RD-BP-CMESC. Ambrisentan for the treatment of pulmonary arterial hypertension: results of the ambrisentan in pulmonary arterial hypertension, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter, efficacy (ARIES) study 1 and 2. Circulation. 2008;117:3010-9.20. Olshchewski H, Hoeper MM, Behr J, Ewert R, Meyer A, Borst MM, Winkler J, Pfeifer M, Wilkens H, Ghofrani HA, Nikkho S and Seeger W. Long-term therapy with inhaled iloprost in patients with pulmonary hypertension. Respir Med. 2010;104:731-40."</p>			
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Terapia combinada.E a inclusão de novos medicamentos eficazes já disponíveis.			
25/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	o protocolo nacional atual contempla apenas monoterapia .	burocracia falta de conhecimento	in clusão de triplice terapia	<a href="#">Clique aqui</a>
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Que á terapia combinada seja aprovada.			
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	<p>1. Epidemiologia / etiologias da HAP. Os registros internacionais refletem prevalências segundo as estatísticas de países/áreas desenvolvidas. A presente Diretriz, representando país em desenvolvimento, deveria destacar etiologias que são altamente prevalentes como a esquistossomose e as cardiopatias congênitas. Dez em cada milhão de nascidos vivos tem cardiopatias congênitas. Destes, cerca de 5% a 10% estão sob risco de desenvolvimento de HAP, que limita ou impossibilita o sucesso na correção da cardiopatia. Em centros devotados ao tratamento de doenças cardiovasculares na América do Sul, à exceção das áreas endêmicas para esquistossomose, as cardiopatias congênitas representam a etiologia mais prevalente da HAP (Lopes e cols., Chest 137; (6 – Suppl.): 78S-84S, Lopes e cols., Pulm Circ 2014; 4:370-7). É importante uma palavra de alerta ao diagnóstico precoce das cardiopatias congênitas, especialmente com "shunt" sistêmico-pulmonar.2. CIDs secundários. Julgo necessário especificar! Isto costuma gerar confusão. Por exemplo, examinando o CID I27.8, recomendado para HAP associada a cardiopatias congênitas, encontramos "EXCLUÍDO DE EISENMENGER", recomendando o CID Q21.8 que não consta da relação para HAP. Alternativamente, para evitar confusão, podemos usar o CID I27.2 – Outra HP secundária... e especificar cardiopatia congênita. O número de etiologias de HAP é pequeno. Os CIDs secundários deveriam constar da Diretriz. No caso da HAP em cardiopatias congênitas, lembrar que nem sempre se trata de síndrome de Eisenmenger.3. Determinação da gravidade. Não há como não incluir níveis plasmáticos de BNP e NT-pró-BNP. Com relação a variáveis ecocardiográficas, a Diretriz Europeia (ESC/ERS) de 2015 recomenda área do átrio direito &gt;26 cm<sup>2</sup> e derrame pericárdico. Não há referência ao "índice de Tei ou excentricidade do ventrículo esquerdo". Mesmo não considerando</p>	<p>1. A dificuldade de inclusão de pacientes em programas de transplante, embora tenhamos a atrioseptostomia disponível, que poderia servir como "ponte".2) A indisponibilidade da iloprosta. Acesso apenas mediante judicialização.</p>	<p>Afeito ao manejo da HAP em pacientes com cardiopatias congênitas e pacientes pediátricos em geral, gostaria de me colocar a disposição para futuras contribuições.Antonio Augusto B. Lopes-- Cardiologista , responsável pela coordenação do diagnóstico e manejo da HAP no setor de Cardiologia, InCor - SP.Membro do "Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation Council", American Heart Association</p>	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>procedimentos mais sofisticados como ergoespirometria e ressonância magnética cardíaca, eventos simples e significantes poderiam ser mencionados como progressão de sintomas e síncope. Em minha opinião, este item precisa ser revisado (Galíé N, e cols. Eur Heart J. doi:10.1093/eurheartj/ehv317).4. Centros de referência. Acho necessário sugerir o "número mínimo de pacientes em acompanhamento" para caracterização do centro como tal. Isto evitaria a multiplicação desnecessária de centros em situação de subutilização. Acho também importante fazer a distinção entre "centros de referência" e "locais de dispensação de medicamentos". Em benefício do paciente, esses conceitos deveriam ser distintos.5. Tratamento – bloqueadores de canais de cálcio. Não encontrei nenhuma alusão à população pediátrica. Embora não haja estudos randomizados/controlados neste sentido, há ampla experiência acumulada por Barst RJ e colaboradores, incluindo curvas de sobrevida. Seria interessante especificar doses, pelo menos para Nifedipino.6. Tratamento – ambrisentana. Não encontrei menção a administração pediátrica, mas reconheço que ainda não existe literatura suficiente para dar suporte a esta recomendação. Entretanto, há estudos emergentes sobre farmacocinética, tolerância, segurança e efetividade, sugerindo que as observações não diferem da população adulta. Doses iniciais de 2,5 mg diários são sugeridas para indivíduos abaixo de 20 Kg, e 5,0 mg diários acima deste peso. Seria útil haver algum tipo de orientação pelo menos a pacientes com disfunção hepática observada mediante administração da bosentana. Evidentemente, nesta situação, o uso seria individualizado e estreitamente supervisionado. Literatura disponível a partir de autores como Dumar Ivy e Erika Rosenzweig. Ver também Takatsuki S e cols., Pediatr Pulmonol 2013;48:27-34, ou ainda Paediatr Drugs 2014;16(1):43-65.7. Tratamento – terapia combinada.</p>			
				<p>Não há como não reconhecer a mudança de paradigma neste sentido. É crescente o número de estudos sugerindo benefícios da "upfront combination therapy" com dois ou com três medicamentos. Esta discussão me parece estéril em países onde não se dispõe de terapias, por via intravenosa, subcutânea ou inalatória. A flexibilização nesta direção se faz necessária. 8. Tratamento – novas terapias. Deveria haver alusão a fármacos que já dispõem de registro no país como macitentan e riociguat. Com respeito a este último (riociguat), na qualidade de especialista em cardiopatias congênitas, gostaria de sugerir que houvesse algum tipo de recomendação não apenas em relação ao TEP crônico no sentido estrito, mas também num contexto mais abrangente. Um pequeno número de adultos portadores da síndrome de Eisenmenger apresenta imagens de falhas de enchimento em grandes artérias pulmonares (tomografia) assim como lesões anatomopatológicas que são indistinguíveis do TEP crônico – grupo IV da classificação geral de HP. Esta ocorrência é bem conhecida (Broberg C e cols., Heart 2004;90:e63; Perloff JK e cols., Am J Cardiol 2003;92:182-7; Silversides CK e cols., JACC 2003;42:1982-7; Caramuru L e cols. Clin Appl Thromb/Hemost 2004;10:217-23). Contraindicados para tromboendarterectomia por resistência vascular pulmonar distal elevada, esses pacientes, quando não respondedores a outros fármacos, poderiam se beneficiar do uso crônico de riociguat.</p>			
				<p>Ora, existe uma parcela não desprezível de indivíduos com HP-TEP (grupo IV) que nunca apresentaram evidência clínica de trombose venosa ou embolia pulmonar. Os quadros me parecem então absolutamente superponíveis e indistinguíveis, a não ser pela presença de uma cardiopatia na primeira situação.9. Tratamento – substituição de medicamentos. Acho relevante opinar a respeito de situações onde a resposta inicial a determinada droga é seguida, depois de algum tempo, por deterioração clínica. A meu ver, a substituição de medicamentos é um procedimento de risco, com segurança não demonstrada por nenhum estudo clínico. A gravidade deste procedimento me parece ainda mais contundente em situações onde não se dispõe de fármacos para uso parenteral, no sentido de se tentar contornar condições de emergência. Em nossa experiência passada, a interrupção inadvertida do uso de medicamento por parte do paciente (especificamente, sildenafil) causou rápida e grave deterioração que não foi revertida com a reintrodução da mesma dose, sendo necessária administração de dose máxima para estabilização. A suspensão de medicamentos, no curso do tratamento da HAP, em nossa visão, deveria ser veementemente desaconselhada, mesmo dentro de uma política de substituição."</p>			
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Liberação de novas terapias combinadas, pois os pacientes que precisam de mais de um medicamento o estado só libera um, isso descompensa o paciente e não evoluiu na melhoria deste paciente.	Ajudaria na cospesca doMelhoria do paciente o quadro clinico evoluiria. No meu estado estamos sem fornecimento dos medicamentos a 4 meses sem fornecer Bosentana 125mg e minha irmã passa por risco de morte é revoltante.	Omissão de nossos direitos minha irmã é pessoa com deficiência tem síndrome down e não tem medicamento muito menos prioridade	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Muito boa	Nenhuma	Contribuição da SES	No momento não	
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Todos os pacientes tenham direito em suas medicações	Ajudará na sobrevivência de muitos	Não	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	<p>1. Epidemiologia / etiologias da HAP. Os registros internacionais refletem prevalências segundo as estatísticas de países/áreas desenvolvidas. A presente Diretriz, representando país em desenvolvimento, deveria destacar etiologias que são altamente prevalentes como a esquistossomose e as cardiopatias congênitas. Dez em cada milhão de nascidos vivos tem cardiopatias congênitas. Destes, cerca de 5% a 10% estão sob risco de desenvolvimento de HAP, que limita ou impossibilita o sucesso na correção da cardiopatia. Em centros devotados ao tratamento de doenças cardiovasculares na América do Sul, à exceção das áreas endêmicas para esquistossomose, as cardiopatias congênitas representam a etiologia mais prevalente da HAP (Lopes e cols., Chest 137; (6 – Suppl.): 78S-84S, Lopes e cols., Pulm Circ 2014; 4:370-7). É importante uma palavra de alerta ao diagnóstico precoce das cardiopatias congênitas, especialmente com "shunt" sistêmico-pulmonar. 2. CIDs secundários. Julgo necessário especificar! Isto costuma gerar confusão. Por exemplo, examinando o CID I27.8, recomendado para HAP associada a cardiopatias congênitas, encontramos "EXCLUSIVO DEFEITO DE EISENMENGER", recomendando o CID Q21.8 que não consta da relação para HAP. Alternativamente, para evitar confusão, podemos usar o CID I27.2 – Outra HP secundária... e especificar cardiopatia congênita. O número de etiologias de HAP é pequeno. Os CIDs secundários deveriam constar da Diretriz. No caso da HAP em cardiopatias congênitas, lembrar que nem sempre se trata de síndrome de Eisenmenger. 3. Determinação da gravidade. Não há como não incluir níveis plasmáticos de BNP e NT-pró-BNP. Com relação a variáveis ecocardiográficas, a Diretriz Européia (ESC/ERS) de 2015 recomenda área do átrio direito &gt;26 cm<sup>2</sup> e derrame pericárdico. Não há referência ao "índice de Tei ou excentricidade do ventrículo esquerdo". Mesmo não considerando</p>	<p>1. A dificuldade de inclusão de pacientes em programas de transplante, embora tenhamos a atrioseptostomia disponível, que poderia servir como "ponte". 2. A indisponibilidade da iloprosta. Acesso apenas mediante judicialização.</p>	<p>Afeito ao manejo da HAP em pacientes com cardiopatias congênitas e pacientes pediátricos em geral, gostaria de me colocar à disposição para futuras contribuições. Antonio Augusto B. Lopes – Cardiologista, responsável pela coordenação do diagnóstico e manejo da HAP no setor de Cardiologia - InCor-SP/Membro do "Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation Council", American Heart Association</p>	
				<p>procedimentos mais sofisticados como ergoespirometria e ressonância magnética cardíaca, eventos simples e significantes poderiam ser mencionados como progressão de sintomas e síncope. Em minha opinião, este item precisa ser revisado (Galé N, e cols. Eur Heart J. doi:10.1093/eurheartj/ehv317). 4. Centros de referência. Acho necessário sugerir o "número mínimo de pacientes em acompanhamento" para caracterização do centro como tal. Isto evitaria a multiplicação desnecessária de centros em situação de subutilização. Acho também importante fazer a distinção entre "centros de referência" e "locais de dispensação de medicamentos". Em benefício do paciente, esses conceitos deveriam ser distintos. 5. Tratamento – bloqueadores de canais de cálcio. Não encontrei nenhuma alusão à população pediátrica. Embora não haja estudos randomizados/controlados neste sentido, há ampla experiência acumulada por Barit RJ e colaboradores, incluindo curvas de sobrevida. Seria interessante especificar doses, pelo menos para Nifedipino. 6. Tratamento – ambrisentana. Não encontrei menção à administração pediátrica, mas reconheço que ainda não existe literatura suficiente para dar suporte a esta recomendação. Entretanto, há estudos emergentes sobre farmacocinética, tolerância, segurança e efetividade, sugerindo que as observações não diferem da população adulta. Doses iniciais de 2,5 mg diários são sugeridas para indivíduos abaixo de 20 Kg, e 5,0 mg diários acima deste peso. Seria útil haver algum tipo de orientação pelo menos a pacientes com disfunção hepática observada mediante administração da bosentana. Evidentemente, nesta situação, o uso seria individualizado e estreitamente supervisionado. Literatura disponível a partir de autores como Dumber Ivy e Erika Rosenzweig. Ver também Takatsuki S e cols., Pediatr Pulmonol 2013;48:27-34, ou ainda Paediatr Drugs 2014;16(1):43-65. 7. Tratamento – terapia combinada.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Não há como não reconhecer a mudança de paradigma neste sentido. É crescente o número de estudos sugerindo benefícios da "upfront combination therapy" com dois ou com três medicamentos. Esta discussão me parece estéril em países onde não se dispõe de terapias, por via intravenosa, subcutânea ou inalatória. A flexibilização nesta direção se faz necessária. 8. Tratamento – novas terapias. Deveria haver alusão a fármacos que já dispõem de registro no país como macitentan e riociguate? Com respeito a este último (riociguate), na qualidade de especialista em cardiopatias congênitas, gostaria de sugerir que houvesse algum tipo de recomendação não apenas em relação ao TEP crônico no sentido estrito, mas também num contexto mais abrangente. Um pequeno número de adultos portadores da síndrome de Eisenmenger apresenta imagens de falhas de enchimento em grandes artérias pulmonares (tomografia) assim como lesões anatopatológicas que são indistinguíveis do TEP crônico – grupo IV da classificação geral de HP. Esta ocorrência é bem conhecida (Broberg C e cols., Heart 2004;90:e63; Perloff JK e cols., Am J Cardiol 2003;92:182-7; Silversides GK e cols., JACC 2003;42:1982-7; Caramuro L e cols. Clin Appl Thromb/Hemost 2004;10:217-23). Contraindicados para tromboendarterectomia por resistência vascular pulmonar distal elevada, esses pacientes, quando não respondedores a outros fármacos, poderiam se beneficiar do uso crônico de riociguate.</p>			
				<p>Ora, existe uma parcela não desprezível de indivíduos com HP-TEP (grupo IV) que nunca apresentaram evidência clínica de trombose venosa ou embolia pulmonar. Os quadros me parecem então absolutamente superponíveis e indistinguíveis, a não ser pela presença de uma cardiopatia na primeira situação.9. Tratamento – substituição de medicamentos. Acho relevante opinar a respeito de situações onde a resposta inicial a determinada droga é seguida, depois de algum tempo, por deterioração clínica. A meu ver, a substituição de medicamentos é um procedimento de risco, com segurança não demonstrada por nenhum estudo clínico. A gravidade deste procedimento me parece ainda mais contundente em situações onde não se dispõe de fármacos para uso parenteral, no sentido de se tentar contornar condições de emergência. Em nossa experiência passada, a interrupção inadvertida do uso de medicamento por parte do paciente (especificamente, sildenafil), causou rápida e grave deterioração que não foi revertida com a reintrodução da mesma dose, sendo necessária administração de dose máxima para estabilização. A suspensão de medicamentos, no curso do tratamento da HAP, em nossa visão, deveria ser veementemente desaconselhada, mesmo dentro de uma política de substituição."</p>			
25/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>"1) Inclusão da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica na PCDT; destacando que os pacientes devem ser previamente avaliados em centros com experiência em tromboendarterectomia pulmonar. Os pacientes inoperáveis e com HP residual após a cirurgia, são os elegíveis para o tratamento com riociguate (Estudos CHEST 1, CHEST 2). Este fármaco necessita de titulação na fase inicial (6 semanas), sendo necessária uma logística adequada para tal. Estudos prévios com bosentana e sildenafil nesta população foram negativos, sendo o riociguat único fármaco aprovado pelo FDA, EMEA e ANVISA para o tratamento da HPTec não operável e HP residual.2) Inclusão da terapia combinada no tratamento da HAP. Na prática, nós especialistas que lidamos com a doença, continuamos a prescrever a terapia combinada, quando indicado, pois não existem dados que garantam a segurança e efetividade da substituição da medicação, mesmo que de forma gradual. A depender da Secretaria da Saúde, os pacientes recebem a segunda droga pela via judicial, que acredito ser prejudicial ao paciente e ao SUS também. Metanálise publicada em 2016, destaca os benefícios da terapia combinada (Lajoie AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. 3)A anticoagulação oral está indicada na HAP após avaliação de risco vs benefício. Análise de registros internacionais, demonstraram aumento de risco de sangramento na população de HAP associada a esclerose sistêmica. Vale ressaltar esta informação na PCDT.4) Incluir diltiazem aos pacientes com HAPI com resposta ao teste agudo de vasorreatividade pulmonar. Na PCDT atual constam apenas anlodipino e nifedipino.5) Corrigir na PCDT - em vários pontos se repete o erro conceitual de HAP nos grupos II, III, IV e V.</p>	<p>1) Iloprost apesar de ter registro na ANVISA, ainda não é comercializada no país, sendo que na prática os pacientes não tem acesso ao medicamento, e quando indicado, há necessidade de judicialização. Especificar que a dose recomendada é a disponível no bocal do inalador (necessita inalador específico) e não a inserida no mesmo.2) A necessidade de acompanhamento em Centros de Referência, é um ponto positivo no Estado de São Paulo,</p>	<p>Faço parte da Câmara Técnica de HAP da SES-SP e Coordenador do Grupo de Estudo da HP no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em São Paulo-SP</p>	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>Por exemplo, HP associada a DPOC e não HAP associada a DPOC, isso gera a falsa ideia de que esses pacientes possam se beneficiar do drogas aprovadas para a HAP (grupo I). 6) As drogas aprovadas para HAP não são contraindicadas para a doença venooclusiva pulmonar, apenas devem ser introduzidas com cautela, frente ao risco de edema pulmonar. 7) Não utilizar valor de corte do teste de caminhada para tratamento: a HAP é uma doença progressiva; o diagnóstico em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional não contraindica o início de tratamento, ao contrário, é desejável o diagnóstico precoce, justamente para que a intervenção se inicie nas fases menos sintomáticas. Além disso, dados publicados pelo grupo da Faculdade de Medicina da USP/InCor demonstram em uma amostra de 178 pacientes com HAP, 45,5% encontravam-se em CF III-IV, porém pacientes em CF III caminhavam 419±34 m, valores superiores aos apresentados no registro espanhol e francês, respectivamente 343±111 e 319±92 metros. 8) Em terapia não medicamentosa: Exercício físico – Destacar que o treinamento físico deve ser feito em centros de referência em reabilitação pulmonar e hipertensão pulmonar e iniciado apenas após estabilidade clínica com a otimização do tratamento medicamentoso. 1. Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Treatment of pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2004 Sep 30;351(14):1425-36. PubMed PMID: 15459304. 2. Galie N, Manes A, Negro L, Palazzini M, Bacchi-Reggiani ML, Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2009 Feb;30(4):394-403. PubMed PMID: 19155250. Pubmed Central PMCID: 2642921. 3. D'Alonzo GE, Barst RJ, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Annals of</p>			
				<p>internal medicine. 1991 Sep 1;115(5):343-9. PubMed PMID: 18630234. Humbert M, Simonneau G. Survival in patients with idiopathic, familial and anorexigen-associated pulmonary arterial hypertension in the modern management era. The European respiratory journal. 2009;34(Suppl 53):700S Abstract. 5. Benza RL, Miller DP, Gomberg-Maitland M, Frantz RP, Foreman AJ, Coffey CS, et al. Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL). Circulation. 2010 Jul 13;122(2):164-72. PubMed PMID: 20585012. 6. Alves JIL, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CICdS, Morinaga LTK, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: Results from a registry of incident Brazilian cases. Chest. 2015;147(2):495-501. 7. Pulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galie N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728. 8. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galie N, et al. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Dec 24;373(26):2522-33.</p>			
				<p>PubMed PMID: 26699168. 9. Ghofrani H, Galie N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langleden D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4_MeetingAbstracts):10. Simonneau G, Rubin L, Galie N, Barst R, Fleming T, Frost A, et al. Addition of sildenafil to long-term intravenous epoprostenol therapy in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized trial. Annals of internal medicine. 2008;149(8):521-30. 11. Galie N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-44. PubMed PMID: 26308684. 12. Burger CD, Long PK, Shah MR, McGoan MD, Miller DP, Romero AJ, et al. Characterization of first-time hospitalizations in patients with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension in the REVEAL registry. Chest. 2014 Nov;146(5):1263-73. PubMed PMID: 24901386. Pubmed Central PMCID: 4219341. 13. Lajole AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. PubMed PMID: 26935844. 1.</p>			
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Acrescentar novos medicamentos para o tratamento e terapias combinadas de medicamentos.	O preço dos medicamentos.	Não	
25/10/2016	Profissional de saúde	Anemia por Deficiência de Ferro	Muito boa	CONSIDERO QUE SEJA DE MAIS VALIA PARA O PCDT A DEFINIÇÃO CLARA E OBJETIVA DA NECESSIDADE OU NÃO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO EM QUALQUER ETAPA DO CUIDADO. TAMBÉM SUGIRO QUE SEJA ESTABELECIDO NA DIRETRIZ O NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR ANO.	DESCONHECIMENTO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE O PCDT. AO DESCONHECEREM O PCDT, GESTORES PLANEIAM MAL O INVESTIMENTO DE RECURSOS E DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS, ESTRUTURA, INSUMOS E RECURSOS HUMANOS. NO CASO DOS PROFISSIONAIS, HÁ INTERFERÊNCIA DIRETA NA QUALIDADE DO CUIDADO.	AS CONSIDERAÇÕES FEITAS SOBRE O PCDT ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO PODEM SER ESTENDIDAS AOS DEMAIS PCDT.	



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Inclusão da terapia combinada no protocolo de tratamento para HAP. Além da terapia combinada, a ideia é que sejam incorporadas também neste protocolo novas medicações	A possibilidade de conseguir os medicamentos pelo SUS ajuda bastante.	Aumentar a velocidade de inclusão de novos medicamentos, quando os mesmos surgirem no mercado.	
25/10/2016		Asma	Boa	Sugiro através do apresentado considerar a liberação do omalizumabe para pacientes com asma grave sob supervisão de especialistas em ambulatórios de especialidades, para pacientes com rígidos critérios descritos nos protocolos internacionais.	O que ajuda é a organização de uma ambulatório de especialidades multidisciplinar e disponibilidade da maioria das drogas no sistema público de saúde. O que dificulta é a abordagem dos pacientes com asma grave, com recaídas e internações frequentes, e a falta de acesso ao omalizumabe para este grupo de pacientes	Nossa experiência com omalizumabe no ambulatório da Santa Casa de Belo Horizonte diminui internações e exacerbações graves de asma, com melhora da qualidade de vida dos pacientes, antes tratados com todo arsenal disponível no SUS.	<a href="#">Clique aqui</a>
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Utilizar a Classificação diagnóstica das Sociedades Européia de 2015 (Respiratória e de Cardiologia). Ela inclui o Grupo 4 - Hipertensão Pulmonar por tromboembolismo crônico (HPTEC), que há muitos anos está no dia a dia do atendimento em HAP. Item 8.2 Terapia medicamentosa. Bloqueadores dos canais de cálcio. (I) a medicação está indicada apenas nos pacientes com HAP idiopática (HAPI) que respondem ao teste de vasorreatividade aguda. No PCDT atual ora a indicação é recomendada para HAPI, outras para HAP, fato que tem gerado interpretação equivocada por alguns gestores de saúde. (II) Sugerimos a inclusão do diltiazem na lista de bloqueadores de canal de cálcio para esta população. b. Sildenafil: O seu uso em terapia combinada será discutido em item específico. c. Iloprost: (I) Acrescentar necessidade de inalador específico. (II) O uso de iloprost não é contraindicado na gravidez, tendo em conta o benefício materno, o seu uso pode ser considerado nas mulheres que optarem por continuar com a gravidez. (III). Em relação ao seu uso em terapia combinada, será discutido em item específico. d. Ambrisentana. Estudos recentes após a publicação da última PCDT HAP demonstraram benefícios da associação de ambrisentana e tadalafil e bosentan. A terapia combinada será discutida em item específico. f. Incluir Macitentan. É um agente antagonista dos receptores da endotelina. Estudo de fase III de longa duração contra placebo e com grande número de pacientes demonstrou redução significativa dos desfechos primários de mortalidade e morbidade entre os pacientes que usaram a droga, além do aumento significativo da capacidade de exercício (DTC6 e Cf), o que ocorre independentemente do uso ou não de outras medicações para HAP. Reduz a taxa de hospitalizações por todas as causas, sobretudo das hospitalizações relacionadas à HAP. g. Bidalafil foi avaliado em um estudo de 16 semanas, placebo controlado, duplo cego, randomizado, em 405 pacientes com HAP (idiopática ou associada), em dose	Atrapalham: 1. Os erros do PCDT apontados acima, especialmente a aberração da troca de medicamentos quando doença se agrava. Essa foi uma invenção de quem elaborou o PCDT sem qualquer base científica e que não existe em qualquer lugar do mundo. 2. Secretaria Estadual de Saúde (SES) ajuda: Ter uma diretriz é fundamental para acompanhar os pacientes que de fato necessitam e limitar aos pacientes que de fato necessitam.		
				s variadas (de 2,5mg até 40mg ao dia). Houve melhora no desfecho primário (DTC6) de forma dose-dependente, mas apenas a dose de 40mg ao dia atingiu significância estatística neste desfecho, bem como aumento o tempo para piora clínica (p=0,041). A dose aprovada para uso foi de 40mg ao dia. A droga tem registro na ANVISA (para disfunção erétil) e é comercializada no país. h. Riociguat - agente da classe dos estimuladores da guanilciclase solúvel que estimula diretamente de forma independente do óxido nítrico (ON) e aumenta a sua sensibilidade ao ON. Tem efeito vasodilatador e propriedades antiproliferativas e anti-remodelamento vascular. A dose titulada (de 1 a 2,5mg três vezes ao dia). Único fármaco que mostrou benefícios na HPTEC (não operável e HP residual). Item 8.3 Tratamento medicamentoso adjuvante. Em relação ao uso de anticoagulação oral, destacar a necessidade de avaliar o risco do seu uso. As evidências em estudos retrospectivos foram demonstradas principalmente em pacientes com HAPI, hereditária ou associada ao uso de anorexígenos. Estudos em esclerose sistêmica demonstraram maior risco de sangramento nesta população. Em pacientes com HPTEC a anticoagulação está indicada com nível INR em torno de 2.5 a 3.0. Não existem estudos em relação aos novos anticoagulantes orais na HAP e na HPTEC. Item 8.4 Linhas de tratamento. Apesar de não existirem estudos que tenham comparado a efetividade entre os fármacos disponíveis para o tratamento da HAP, entendemos que na sua ausência, o critério de custo deve ser considerado. a. Desta forma, em relação a segunda opção: iloprost ou sildenafil, o custo mais elevado da iloprost (do fármaco e da necessidade de inalador específico) e a posologia de inalações de 6 a 9 vezes ao dia, não justificam a sua indicação como primeira opção nos pacientes com HAPI não respondedores ao teste de vasorreatividade pulmonar. 10. Item 8.5 Fármacos. a. Incluir diltiazem, bloqueador de canal de cálcio mais utilizado em pacientes com HAPI			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>que respondem ao teste agudo de vasorreatividade;b. Apesar do PCDT-HAP incluir fármacos de três classes ( inibidores da fosfodiesterase-5 – sildenafil; análogo da prostaciclina – iloprost; antagonista dos receptores de endotelina – ambrisentana e bosentana), a iloprost não é, de fato, disponível comercialmente no Brasil. Tal fato, acaba por gerar a falsa impressão de possibilidade terapêutica, com repercussões negativas no manejo do paciente. É de suma importância, a disponibilização real de um análogo de prostaciclina como parte do arsenal terapêutico para pacientes com hipertensão arterial pulmonar;c. Acrescentar tadalafila; d. Acrescentar mactentana; e. Acrescentar riociguate para o tratamento da HPTec.11. Item 8.6 Esquemas de administração. Bloqueadores de canais de cálcio. Incluir diltiazem. Deve ficar claro que a dose do iloprost é aquela atingida no aplicador bucal do inalador e não a inserida no inalador, portanto a posologia é de uma ampola de 1 ml (10 mcg) a 2 ml (20mcg), 6 a 9 vezes a dia, dependendo da dose desejada. A dose de 2,5 mcg no aplicador bucal no dispositivo Venta-Neb, tem o tempo de inalação calculado de 4 min. O conteúdo da ampola não deve ser fracionado por sua baixa estabilidade. c. Acrescentar especificações da mactentana, tadalafila e riociguate.12. Item 8.7 Tempo de tratamento e critérios de resposta terapêutica. O PCDT-HAP recomenda que nos pacientes que não apresentem critérios de resposta ao tratamento instituído, seja com sildenafil, iloprost, ambrisentana ou bosentana, as medicações devam ser suspensas. Não há nenhum estudo que demonstre segurança com esta estratégia. Todos os ensaios clínicos avaliaram a resposta terapêutica com associação sequencial de fármacos. Considerando-se a gravidade da doença, tal recomendação constitui um risco aos pacientes até que tal abordagem seja devidamente estudada e tenha sua segurança comprovada. A ausência de melhora inicial após o início de alguma classe terapêutica não significa necessariamente</p>			
				<p>te ausência de ação do medicamento, podendo representar, por exemplo, interrupção do processo de cura em curso. Estima-se que no Estado de São Paulo aproximadamente 40% dos pacientes encontra-se em terapia combinada com dois fármacos de classes diferentes. Quinze por cento dos pacientes tem indicação de associação de um terceiro fármaco, um derivado da prostaciclina, não comercializado no Brasil. Informamos que a suspensão de um dos fármacos, mantendo a monoterapia nos pacientes graves acarretará em risco iminente de descompensação clínica e óbito.13. Item 8.8 Benefícios esperados. O nível da pressão da artéria pulmonar não está relacionado à gravidade da HAP, como também não tem poder de predição de prognóstico. Retirar a "redução da pressão da artéria pulmonar" como benefício esperado.14. Item 8.9 Combinação de fármacos. O uso da terapia combinada reduziu em 40% a mortalidade associada à HAP, anteriormente a sobrevida média dos pacientes era de cerca de dois anos e meio. Por serem direcionados a vias fisiopatológicas distintas e pelo fato do prognóstico da HAP, apesar da melhora inequívoca, ainda ser reservado, com mortalidade de cerca de 10 a 15% ao ano, a combinação de medicamentos de cada uma dessas vias foi a alternativa natural na evolução do tratamento. Desde então, vários estudos analisaram o impacto da combinação de medicamentos no manejo de pacientes com HAP, seja diretamente, seja como análise de subgrupo, demonstrando que a adição de um segundo medicamento leva à melhora da capacidade de exercício, melhora hemodinâmica e retardamento na progressão da doença, caracterizado principalmente por diminuição no número de internações e pelo aumento no tempo até piora de sintomas (7-11). Mais recentemente, um grande ensaio clínico randomizado comparou a abordagem inicial com dois medicamentos contra a abordagem com monoterapia e evidenciou que o tratamento inicial já com combinação foi associado à diminuição significativa da progressão de doença, com retardo na piora d</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>e sintomas e diminuição das hospitalizações. Vale ressaltar que além do impacto de custo, hospitalizações são diretamente associadas a pior mortalidade em HAP (12). Uma meta-análise publicada agora em 2016, incluindo 17 estudos que avaliaram o papel da terapia combinada no tratamento da HAP, confirmou esses achados(13). O uso do tratamento combinado não apenas foi relacionado à melhora na capacidade de exercício (mensurada através do teste de caminhada de seis minutos) mas, principalmente, associada a menor deterioração clínica. Mais importante, o efeito benéfico associado ao uso de terapia combinada foi consistente em todos os subgrupos analisados, incluindo-se todas as classes de medicamentos. Esses dados reforçam o conceito de que, na HAP, uma situação clínica com taxas ainda inaceitáveis de mortalidade, o uso de terapia combinada é superior ao tratamento com monoterapia no controle da progressão da doença, mesmo considerando a ausência de dados avaliando diretamente o impacto desta estratégia terapêutica na mortalidade. Mais ainda, faz-se necessário ressaltar a ausência de quaisquer dados dando base à substituição de medicamentos de diferentes classes quando a resposta inicial ao tratamento com monoterapia é insuficiente. Se possível, tal abordagem seria desejável, a fim de evitar uso desnecessário de medicamentos; contudo, não existem dados de segurança e muito menos de efetividade de tal abordagem. Mais uma vez, considerando a mortalidade associada à HAP, a substituição sugerida no protocolo atual não apenas carece de dados quanto a sua aplicabilidade, como pode significar um risco aos pacientes. É necessária a revisão do protocolo atual no que diz respeito ao uso de terapia combinada na HAP. Não apenas não pode ser sugerida a substituição de medicamentos de diferentes classes, como a possibilidade de combinação deve ser contemplada de forma mais objetiva. A sugestão é de que os pacientes iniciem o tratamento com monoterapia e que sejam reavaliados quanto à respo</p>			
				<p>sta terapêutica em até 4 meses; no caso de resposta inadequada ou insuficiente, deve ser permitida a combinação com medicamentos de classes distintas a que foi utilizada como primeira linha. Tal abordagem possui hoje dados suficientes para embasá-la como recomendação.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>A Actelion, em consideração a pacientes e médicos, sente-se no dever de se manifestar quanto à inserção no referido documento, dos pontos descrito abaixo: a) Não estabelecimento de tratamentos específicos de 1ª, 2ª e 3ª linhas na abordagem de pacientes com HAP. Não existem até a presente data em literatura científica indicações terapêuticas pré-estabelecidas de 1ª, 2ª e 3ª linhas no tratamento da HAP. Baseado no conhecimento das vias metabólicas envolvidas na gênese da doença, drogas que comprovadamente apresentam ação nas mesmas (de bloqueio ou ativação) são utilizadas de forma sequencial e combinada, sem, no entanto, haver indicativo de ordem prescritiva a ser seguida. Tal conduta passou a ser utilizada após a publicação do trabalho de Hoepfer e colaboradores em 2005. Nesse estudo, o uso de terapia específica para tratamento de HAP (antagonista do receptor da endotelina - ARE- ou inibidor da 5-fosfodiesterase) era instituída conforme avaliação do médico. Após período de avaliação de resposta (terapia orientada por metas), se essa não era atingida, nova droga era associada à primeira. A não resposta à combinação resultava em associação de prostanoide venoso e, como último recurso, transplante de pulmão. Essa modalidade terapêutica, resultou em aumento da sobrevida de pacientes com HAPI quando comparados a grupo de controle histórico (Registro do NIH). Nos 89 pacientes com HAPI incluídos no estudo, a sobrevida estimada em 1, 2 e 3 anos foi de 93%, 83% e 79,9%, respectivamente. Tais achados foram significativamente melhores do que o controle histórico. A partir de sua publicação, a terapêutica orientada por metas e a associação de medicamentos para alcançar as metas passou a nortear o tratamento da HAP. De acordo com os guidelines atualmente existentes da HAP, caberia ao médico especialista do Centro de Referência definir qual medicamento e qual estratégia terapêutica (monoterapia ou terapia combinada) deva ser de 1ª, 2ª ou 3ª linha de acordo com o perfil e necessidade d</p>	Como empresa, esse item não se aplica.	Como empresa, esse item não se aplica.	<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>e cada paciente. b) Recomendação de terapia combinada Outra recomendação da PCDT em questão que merece ressalva, diz respeito à utilização da modalidade de tratamento da HAP através da utilização de esquema de monoterapia sequencial. Essa consiste na introdução de um único medicamento que pode ter suas doses tituladas até a dose superior permitida ( seja por bula ou pela tolerabilidade do paciente) e, caso não se obtenha a resposta esperada, o medicamento deverá ser suspenso e iniciada outra droga. Em relação a monoterapia sequencial na HAP, não encontramos evidências científicas que levem o Ministério da Saúde a indicar essa conduta. A prática da monoterapia sequencial é frequente em patologias agudas, como é o caso de pacientes portadores de infecções nos quais, não havendo resposta esperada, o antibiótico utilizado é rapidamente substituído por outro de geração mais recente ou por outra classe. Nesses casos, se objetiva atuar sobre um agente específico (por exemplo, uma bactéria multirresistente). Já para o tratamento da HAP, a combinação de diferentes classes de medicamentos visa a atuação em diferentes vias patogênicas da doença. Como trata-se de doença progressiva, o uso exclusivo de uma única droga limita a ação a uma única via metabólica, sendo coerente a associação de outros medicamentos para se atingir a meta terapêutica desejada (classe funcional I ou II da OMS, normalização do índice cardíaco ou dosagem de NT-próBNP sérica). 2. A associação precoce de drogas para tratamento da HAP demonstrou benefícios indubitáveis em estudo recentemente publicado. Nesse, pacientes que alcançavam suas metas terapêuticas apresentavam prognóstico melhor do que aqueles que não as atingiam. 3. Dessa forma, terapia combinada inicial ou sequencial estão alocadas em Grau de evidência I para pacientes com HAP, conforme Guidelines do ESC-ERS 2015. Como se pode observar, a recomendação de monoterapia sequencial é uma prática em desacordo com o observado em literatura científica e o pratic</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>ado mundialmente para tratamento de portadores de HAP, não existindo evidências que suportem sua indicação, salvo na ocorrência de eventos adversos que contraindiquem uma das drogas. Vários estudos mostram, na avaliação de subgrupos que faziam uso de terapia combinada, resultados melhores para associação de diferentes classes quando comparados à monoterapia. Mas esses estudos não foram baseados em medidas de desfecho primário de morbi-mortalidade, conforme critérios estabelecidos no consenso de Dana Point, 2009S. Os dois principais estudos que tem tal abordagem são: SERAPHIN6: estudo fase 3 multicêntrico, controlado, randomizado, que avaliou a eficácia e segurança de macitentana no tratamento de longo prazo da HAP em 742 pacientes. Cerca de 61% dos pacientes que receberam macitentana estavam em uso de inibidor da 5-fosfodiesterase. O efeito de macitentana sobre pacientes com terapia de base foi consistente com o efeito de tratamento global, o que indica que o benefício foi obtido quando macitentana foi usada em combinação com tratamentos de base para a HAP (principalmente inibidores da PDE-5). No subgrupo de pacientes que recebiam terapia de base para a HAP, 10 mg de macitentana reduziu significativamente o risco de morbidade ou mortalidade em 38% (p = 0,0094). Macitentana foi bem tolerada, com incidências de edema e elevação das transaminases hepáticas semelhantes ao do grupo controle. BRIPHON7: estudo fase 3 multicêntrico, controlado, randomizado, que avaliou a eficácia e segurança de selexipague no tratamento de longo prazo da HAP em 1.156 pacientes. Cerca de 79,6% dos pacientes que receberam selexipague estavam em uso de terapia de base (sendo 32% com combinação de duas drogas). Selexipague obteve uma redução do risco de morbidade e mortalidade em 40% quando comparado ao grupo controle (p &lt; 0,0001). Além disso, selexipague demonstra perfil de tolerabilidade segurança aceitáveis e comodidade de administração melhores do que os agonistas da prostaciclina atualme</p>			
				<p>nte disponível para uso terapêutico. Os dados desse estudo revelam informações valiosas sobre regimes de combinação dupla e tripla de medicamentos (ERA, ou PDE-5i ou ambos). Frente ao exposto, não há como ignorar o benefício da terapia combinada em pacientes com HAP. Assim como, os risco na suspensão do medicamento já em uso para a troca por outro medicamento (monoterapia Sequencial) c) Inserção de opções terapêuticas com impacto em sobrevida no atual protocoloEstudos recentemente publicados, cujos desenhos buscavam avaliação de longo prazo e impacto de drogas na morbidade e mortalidade dos pacientes com HAP3, revelam benefícios na utilização de tais medicamentos. É o caso de macitentana6 e selexipague7. Tais drogas resultaram em impacto de sobrevida (morbi-mortalidade) da ordem de 38 e 40%, respectivamente. O principal parâmetro de morbi-mortalidade afetado pela introdução dos novos medicamentos foram morte e hospitalização por HAP. Entretanto, nenhuma das duas está atualmente contemplada pelo PCDT em vigência. De acordo com o PCDT de HAP publicado em 06 de junho de 2014, o tratamento dos pacientes com HAP permitidos em 1ª linha são a sildenafil e a iloprosta. Presume-se que a maioria dos pacientes tratados hoje no Brasil estejam em monoterapia com sildenafil, uma vez que este é de mais fácil acesso. Assim, em caso de deterioração ou não da Classe Funcional, a adição de uma droga de outra classe terapêutica se constituiria em terapia de combinação sequencial. A única droga com nível de recomendação I para a terapia combinada sequencial com inibidores da fosfodiesterase 5 (sildenafil e tadalafila) é a Macitentana, de acordo com Guidelines ESC-ERS de 20154. Embora a terapia combinada tenha seu benefício cientificamente comprovado, o início do tratamento com monoterapia também é uma opção válida conforme o Guidelines ESC-ERS 20154. Com base no estudo SERAPHIN6, a macitentana (ERA) é única droga com nível de recomendação I que comprovou redução de morbi-mortalidade em</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>monoterapia inicial para pacientes em Classes Funcionais II-III da OMS até o momento. O mesmo ocorre com o epoprostenol4, que sabidamente impacta em mortalidade e permanece fora do referido protocolo. Porém, trata-se de droga de difícil manejo devido sua via de administração (parenteral em infusão contínua) e termo-labilidade. A inclusão do selexipague (uso oral) vem suprir a falta de um medicamento que atue na via da prostaciclina. Levando em conta tratar-se de doença crônica e progressiva, vários pacientes experimentam falência dos esquemas de tratamento atuais, não restando opções terapêuticas capazes de interferir na progressão da doença. Tais drogas fazem-se necessárias para garantir maior sobrevida dessa população. Tendo dito o acima, a Actelion Pharmaceuticals do Brasil gostaria de solicitar a reavaliação do texto do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hipertensão Arterial Pulmonar em referência aos pontos abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não recomendação de drogas e estratégias de tratamento de 1ª, 2ª e 3ª linhas pré-estabelecidas.</li> </ul> <p>Julgamos essa decisão ser de responsabilidade do especialista que trata o paciente portador de HAP, levando em conta o previamente mencionado nesse documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserção da possibilidade de combinação de medicamentos (terapia combinada inicial e sequencial), uma vez que, como exposto acima, isso vai ao encontro de todas as evidências científicas disponíveis até o momento.</li> <li>• Inclusão de medicamentos que interferem na progressão da doença a longo prazo (morbimortalidade): macitentan e selexipague. Certa de que essas medidas serão avaliadas para benefício do paciente e seus tratadores e familiares, encerramos nossos comentários. As referências estão anexas. <p>Referências: 1. Gallé N et al. JACC Vol. 62, No. 25, Suppl D, 2013. 2. Rubin LJ. Chest 2011;140(5):1274-833. Gallé N et al. Eur Heart J 2009; 30:2493-537. 4. Gallé N, et al. Eur Heart J 20155. McLaughlin VV, et al. J Am Coll Cardiol 2009; 54:597-1076. Pulido et al. N Engl J Med 2013; 369:809-8187.</p> </li></ul>			
				<p>Sitbon O, et al. New Engl J Med 2015; 373:2522-33</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016		Doença de Gaucher	Ruim	a) No que diz respeito aos critérios menores para inclusão, o uso de miglustate não deve ser restrito à falha terapêutica ao Tratamento de Reposição Enzimática (TRE). O medicamento deve ser incluído também como primeira linha de tratamento para pacientes com doença leve a moderada, conforme consensos internacionais <sup>2</sup> . Além disso, não só condições médicas, mas também condições sócio-econômicas e particulares de cada paciente, tais como, dificuldade para locomoção até centros de infusão, medo de agulha, regimes de trabalho que não permitem ausência dos pacientes para receber infusão e até a recusa do paciente em receber a infusão enzimática, devem também ser consideradas para escolha do miglustate como opção terapêutica tanto em primeira linha quanto em segunda linha de tratamento <sup>1</sup> . b) Inclusão no tratamento da Doença de Gaucher tipo 3, conforme as séries de casos descritas na literatura médica <sup>2-6</sup> , da dose de 200 mg via oral a cada 8 horas, ou seja, o dobro da dose utilizada para tratamento da Doença de Gaucher tipo 1, conforme o atual PCDT. A TRE é incapaz de prevenir o desenvolvimento de complicações do sistema nervoso central (SNC), uma vez que sua molécula seja maior do que 60kDa, o que impede sua passagem através da barreira hemato-encefálica. Em 2002, miglustate foi disponibilizado para utilização em pacientes portadores da doença de Gaucher. Diferentemente da TRE, miglustate, devido ao tamanho reduzido de sua molécula, consegue penetrar no SNC através da barreira hemato-encefálica, podendo interferir na história natural da doença neurológica de Gaucher, como observado em séries de casos posteriormente disponibilizadas em literatura médica <sup>3-6</sup> . Porém, doses maiores são utilizadas nessa indicação, o que faz necessária a adaptação do texto do PCDT em vigência. c) Inclusão da opção da combinação de TRE + ISS (miglustate) para pacientes com doença grave, sobretudo com manifestações ósseas, quando o tratamento com monoterapia com TRE, mesmo em dose máxima, não seja eficaz.	a) A necessidade de ausências laborais frequentes para realização da infusão de TRE, o que compromete a adesão ao tratamento. b) Longos trechos de deslocamento até centros de infusão de TRE (havendo necessidade de até mais de 1 dia de viagem do local de moradia até o centro de referência). Comprometendo, da mesma forma, a adesão ao tratamento. c) A realização da Ressonância Magnética Nuclear e densitometria óssea (exames exigidos pelo atual PCDT) para avaliação das manifestações ósseas está, na maioria das vezes, inacessível na Rede Pública.	Em relação à Inibição de Síntese de Substrato (ISS), miglustate não interage com medicamentos inibidores da CYP2D6 e CYP3A, o que torna desnecessário exame para avaliar a velocidade de metabolização de drogas pelo paciente, como ocorre com outra terapia de ISS relatada em literatura médica. Portadores de Doença de Gaucher, frequentemente, utilizam drogas concomitantes, podendo ser expostos a riscos adicionais caso a terapia de ISS utilizada seja passível de muitas interações medicamentosas. Pelo motivo acima descrito, miglustate também tem indicação de dose fixa de 3 cápsulas de 100mg ao dia, enquanto que a outra terapia de ISS tem sua dose variada (1 a 2 cápsulas de 84 mg/dia) de acordo com a velocidade de metabolização do medicamento <sup>9,10</sup> .	<a href="#">Clique aqui</a>
				2,7 Alguns pacientes portadores de Gaucher apresentam fenótipo mais agressivo, com comprometimento grave ósseo e doença debilitante. Tais pacientes mantem deterioração do quadro clínico mesmo em doses altas de TRE associadas a bifosfonato. Relatos de casos revelam benefícios quando a associação de TRE e ISS é instituída em combinação, devendo então ser considerada <sup>2,7</sup> . Entretanto, tal combinação não está disponível no PCDT atual e necessita ser revisado.			
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Boa	Não sei	Falta dos medicamentos	Nao	
25/10/2016	Interessado no tema	Asma	Ruim	Deveriam ser consideradas novas opções terapêuticas para o tratamento da asma moderada e grave, como o tiotropio e omalizumabe.	O acesso a medicamentos de melhor qualidade pelos pacientes, melhoraria muito o acesso dos pacientes		
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	É muito importante liberar a terapia combinada das drogas existentes para o tratamento de hipertensão pulmonar, bem como a inclusão de novas drogas no protocolo nacional, que já são utilizadas com grande êxito no exterior	A impossibilidade da terapia combinada dificulta muito o tratamento dos pacientes, que ficam extremamente debilitados.	Que o Ministério da Saúde pudesse fiscalizar e cobrar dos estados o fornecimento regular dos remédios, os estados deixam faltar as medicações de alto custo para os pacientes corriqueiramente.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>1. Sugerimos a utilização da Classificação publicada pelas Sociedades Europeias Respiratória e de Cardiologia de 2015. As mudanças, sobretudo no grupo IV, que incluíram outros tipos de obstrução das artérias pulmonares, permitem melhor avaliação dos diagnósticos diferenciais da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). 2. Item 4.3. Em relação a exames complementares. Especificar que na cardiopatia congênita, o método para medida do débito cardíaco deve ser o de Fick. 3. Item 5 Critérios de inclusão: a. Inclusão da HPTEC neste protocolo. Estudos publicados posteriormente a sua publicação demonstraram benefícios do riociguate nesta população. Como apresentado neste PCDT, estudos clínicos anteriores com bosentana, sildenafil e ilprost foram negativos na HPTEC. O tratamento de escolha da HPTEC é a cirurgia (endarterectomia pulmonar), realizado de forma rotineira em poucos centros no Brasil, porém em torno de 30 a 40 % dos pacientes são considerados inoperáveis (trombos inacessíveis ou elevação da resistência vascular pulmonar desproporcional ao grau de obstrução vascular pelos trombos crônicos. O riociguate está indicado apenas para os pacientes com HPTEC não cirúrgica (avaliação em pelo menos dois centros de referência) ou com HP residual após endarterectomia pulmonar. Pacientes com trombos acessíveis, porém com comorbidades que contraindiquem a cirurgia, não foram incluídos nos estudos clínicos. b. Em relação ao teste de caminhada, a HAP é uma doença progressiva; o diagnóstico em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional não contraindica o início de tratamento, ao contrário, o diagnóstico precoce é desejável, para que a intervenção seja iniciada nas fases menos sintomáticas. Além disso, dados publicados pelo grupo da Faculdade de Medicina da USP/InCor demonstram em uma amostra de 178 pacientes com HAP, 45,5% encontravam-se em CF III-IV, porém pacientes em CF III caminhavam 419±34 m, valores superiores aos apresentados no registro espa</p>	<p>1. A avaliação e acompanhamento dos pacientes apenas em centros de referência é um ponto positivo, com redução de prescrições inadequadas e judicialização. 2. A não comercialização da ilprost e sua inclusão no PCDT trazem dificuldades no acesso a este fármaco</p>	<p>A Camara Técnica de HAP da SES-SP formada pelos coordenadores dos centros de referência do Estado de São Paulo coloca-se à disposição para contribuir no aprimoramento desta PCDT.</p>	
				<p>nhol e francés, respectivamente 343±111 e 319±92 metros. 4. Item 6. Critérios de exclusão. Os fármacos específicos para o tratamento da HAP não são contraindicados para a doença venooclusiva pulmonar, devendo ser considerados, porém com maior vigilância, visto ao risco de edema pulmonar. 5. Corrigir erro conceitual, que se repete em todo PCDT ao se referir a hipertensão pulmonar do grupo II, III, IV e V. O uso do termo HAP nestas situações é incorreto, o que pode confundir o leitor à utilização de fármacos específicos da HAP para as demais populações. Exemplos: HAP por doença cardíaca esquerda; HAP por doença pulmonar e/ou hipoxemia, quando o correto seria HP associada a doença pulmonar. 6. Item 8.1 Terapia não medicamentosa: Exercício físico – Destacar que o treinamento físico deve ser feito em centros de referência em reabilitação pulmonar e hipertensão pulmonar e iniciado apenas após estabilidade clínica com a otimização do tratamento medicamentoso. 7. Item 8.2 Terapia medicamentosa. Discutiremos apenas fármacos aprovados pela ANVISA para o tratamento da HAP e HPTEC. a. Bloqueadores dos canais de cálcio. (I) Destacar que a medicação está indicada apenas nos pacientes com hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI), respondedores ao teste de vasorreatividade aguda. No PCDT atual, não há homogeneidade no texto, ora a indicação é recomendada para HAPI, porém outras vezes de forma genérica para HAP, fato que tem gerado interpretação equivocada por alguns gestores de saúde. (II) Sugerimos a inclusão do diltiazem na lista de bloqueadores de canal de cálcio para esta população. b. Sildenafil: O seu uso em terapia combinada será discutido em item específico. c. Ilprost. (I) Acrescentar necessidade de inalador específico. (II) O uso de ilprost não é contraindicado na gravidez, tendo em conta o benefício materno, o seu uso pode ser considerado nas mulheres que optarem por continuar com a gravidez. (III) . Em relação ao seu uso em terapia combinada, será discutido em i</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>tem específico.d. Ambrisentana. Estudos recentes após a publicação da última PCDT HAP demonstraram benefícios da associação de ambrisentana e tadalafila.e. Bosentana. A terapia combinada será discutida em item específico.f. Incluír Macitentan. É um agente antagonista dos receptores ETA e ETB capaz de se ligar aos receptores de forma mais sustentada, e com propriedades físico-químicas que permitem maior penetração tissular. Adicionalmente, há menor propensão a interações com outras drogas, menor toxicidade hepática, sendo dispensáveis ajustes de dose em pacientes com comprometimento renal ou hepático. Estudo de fase III de longa duração contra placebo e com grande número de pacientes demonstrou redução significativa dos desfechos primários COMBINADOS de mortalidade (por qualquer causa) e morbidade entre os pacientes que usaram a droga, além do aumento significativo da capacidade de exercício (TC6M e CF), o que ocorreu independentemente do uso ou não de outras medicações para HAP. Na dose de 10 mg/dia, a droga reduz a taxa de hospitalizações por todas as causas, sobretudo das hospitalizações relacionadas à HAP. O principal efeito adverso foi anemia (4,3% dos pacientes tratados com 10mg).g. Tadalafila foi avaliado em um estudo de 16 semanas, placebo controlado, duplo cego, randomizado, em 405 pacientes com HAP (idiopática ou associada), em doses variadas (de 2,5mg até 40mg ao dia). Houve melhora no desfecho primário (DTC6) de forma dose-dependente, mas apenas a dose de 40mg ao dia atingiu significância estatística neste desfecho, bem como aumentou o tempo para piora clínica (p=0,041). A dose aprovada para uso foi de 40mg ao dia. A droga tem registro na ANVISA (para disfunção erétil) e é comercializada no país. h. Riociguat é o primeiro agente da classe dos estimuladores da guanil ciclase solúvel que, além de estimulá-la diretamente de forma independente do NO, também aumenta a sua sensibilidade ao NO. Tem efeito vasodilatador - não exclusivamente pulmonar, podendo o</p>			
				<p>correr alguma vasodilatação sistêmica, além de propriedades antiproliferativas e anti-remodelamento vascular. A dose deve ser titulada (de 1 até 2,5mg três vezes ao dia), em função da possibilidade de ocorrer hipotensão sistêmica. É o único fármaco que mostrou benefícios na HPTEC (não operável e HP residual). 8. 8.3 Tratamento medicamentosos adjuvantes. Em relação ao uso de anticoagulação oral, destacar a necessidade de avaliar o risco do seu uso. As evidências em estudos retrospectivos foram demonstradas principalmente em pacientes com HAPI, hereditária ou associada ao uso de anorexígenos. Estudos em esclerose sistêmica demonstraram maior risco de sangramento nesta população. Em pacientes com HPTEC a anticoagulação está indicada com nível INR em torno de 2.5 a 3.0. Não existem estudos em relação aos novos anticoagulantes orais na HAP e na HPTEC. 9. 8.4 Linhas de tratamento. Apesar de não existirem estudos que tenham comparado a efetividade entre os fármacos disponíveis para o tratamento da HAP, entendemos que na sua ausência, o critério de custo deve ser considerado.a. Nesta forma, em relação a segunda opção: iloprostá ou sildenafil, o custo mais elevado da iloprostá (do fármaco e da necessidade de inalador específico) e a posologia de inalações de 6 a 9 vezes ao dia, não justificam a sua indicação como primeira opção nos pacientes com HAPI não respondedores ao teste de vasorreatividade pulmonar.10. 8.5 Fármacos. a. Incluír diltiazem, bloqueador de canal de cálcio mais utilizado em pacientes com HAPI que respondem ao teste agudo de vasorreatividade .b. Apesar do PCDT-HAP incluir fármacos de três classes ( inibidores da fosfodiesterase-5 – sildenafil; análogo da prostaciclina – iloprostá; antagonista dos receptores de endotelina – ambrisentana e bosentana), a iloprostá não é, de fato, disponível comercialmente no Brasil. Tal fato, acaba por gerar a falsa impressão de possibilidade terapêutica, com repercussões negativas no manejo do paciente. É de su</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>ma importância, a disponibilização real de um análogo de prostaciclina como parte do arsenal terapêutico para pacientes com hipertensão arterial pulmonar. Avaliar inclusão da tadalafila (o registro na ANVISA para tratamento da HAP foi retirado). Avaliar inclusão da macitentan; e. Acrescentar riociguate para o tratamento da HPTec ( inoperável ou HP residual). Item 8.6 Esquemas de administração. Bloqueadores de canis de cálcio. Incluir diltiazem. Deve ficar claro que a dose do iloprost é aquela atingida no aplicador bucal do inalador e não a inserida no inalador, portanto a posologia é de uma ampola de 1 ml (10 mcg) a 2 ml (20mcg), 6 a 9 vezes a dia, dependendo da dose desejada. A dose de 2,5 mcg no aplicador bucal no dispositivo Venta-Neb, tem o tempo de inalação calculado de 4 min. O conteúdo da ampola não deve ser fracionado por sua baixa estabilidade. c. Acrescentar especificações da macitentan, tadalafila e riociguate. Item 8.7 Tempo de tratamento e critérios de resposta terapêutica. O PCDT-HAP recomenda que nos pacientes que não apresentem critérios de resposta ao tratamento instituído, seja com sildenafil, iloprost, ambrisentana ou bosentana, as medicações devam ser suspensas. Não há nenhum estudo que demonstre segurança com esta estratégia. Todos os ensaios clínicos avaliaram a resposta terapêutica com associação sequencial de fármacos. Considerando-se a gravidade da doença, tal recomendação constitui um risco aos pacientes até que tal abordagem seja devidamente estudada e tenha sua segurança comprovada. A ausência de melhora inicial após o início de alguma classe terapêutica não significa necessariamente ausência de ação do medicamento, podendo representar, por exemplo, interrupção do processo de piora em curso. Estima-se que no Estado de São Paulo aproximadamente 40% dos pacientes encontra-se em terapia combinada com dois fármacos de classes diferentes. Quinze por cento dos pacientes tem indicação de associação de um terceiro fármaco, um derivado da</p>			
				<p>prostaciclina, não comercializado no Brasil. Informamos que a suspensão de um dos fármacos, mantendo a monoterapia nos pacientes graves acarretará em risco iminente de descompensação clínica e óbito. Item 8.8 Benefícios esperados. O nível da pressão da artéria pulmonar não está relacionado à gravidade da HAP, como também não tem poder de predição de prognóstico. Retirar a "redução da pressão da artéria pulmonar" como benefício esperado. Item 8.9 Combinação de fármacos: Racional para terapia combinada em hipertensão arterial pulmonar. Ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento de medicamentos específicos mudou de forma muito significativa o tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP). São três as vias fisiopatológicas alvo dos medicamentos atualmente disponíveis: a via da prostaciclina, do óxido nítrico e da endotelina-1 (1). Uma meta-análise dos ensaios clínicos randomizados evidenciou que o uso destas medicações reduziu em 40% a mortalidade associada à HAP (2), algo particularmente relevante considerando-se que, anteriormente, a sobrevida média dos pacientes era de cerca de dois anos e meio (3). Por serem direcionados a vias fisiopatológicas distintas e pelo fato do prognóstico da HAP, apesar da melhora inequívoca, ainda ser reservado, com mortalidade de cerca de 10 a 15% ao ano (4-6), a combinação de medicamentos de cada uma dessas vias foi a alternativa natural na evolução do tratamento. Desde então, vários estudos analisaram o impacto da combinação de medicamentos no manejo de pacientes com HAP, seja diretamente, seja como análise de subgrupo, demonstrando que a adição de um segundo medicamento leva à melhora da capacidade de exercício, melhora hemodinâmica e retardo na progressão da doença, caracterizado principalmente por diminuição no número de internações e pelo aumento no tempo até piora de sintomas (7-11). Mais recentemente, um grande ensaio clínico randomizado comparou a abordagem inicial com dois medicamentos contra a abordagem com monoterapia e</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>evidenciou que o tratamento inicial já com combinação foi associado à diminuição significativa da progressão de doença, com retardo na piora de sintomas e diminuição das hospitalizações. Vale ressaltar que além do impacto de custo, hospitalizações são diretamente associadas a pior mortalidade em HAP (12). Uma meta-análise publicada agora em 2016, incluindo 17 estudos que avaliaram o papel da terapia combinada no tratamento da HAP, confirmou esses achados(13). O uso do tratamento combinado não apenas foi relacionado à melhora na capacidade de exercício (mensurada através do teste de caminhada de seis minutos) mas, principalmente, associada a menor deterioração clínica. Mais importante, o efeito benéfico associado ao uso de terapia combinada foi consistente em todos os subgrupos analisados, incluindo-se todas as classes de medicamentos. Esses dados reforçam o conceito de que, na HAP, uma situação clínica com taxas ainda inaceitáveis de mortalidade, o uso de terapia combinada é superior ao tratamento com monoterapia no controle da progressão da doença, mesmo considerando a ausência de dados avaliando diretamente o impacto desta estratégia terapêutica na mortalidade. Mais ainda, faz-se necessário ressaltar a ausência de quaisquer dados dando base à substituição de medicamentos de diferentes classes quando a resposta inicial ao tratamento com monoterapia é insuficiente. Se possível, tal abordagem seria desejável, a fim de evitar uso desnecessário de medicamentos; contudo, não existem dados de segurança e muito menos de efetividade de tal abordagem. Mais uma vez, considerando a mortalidade associada à HAP, a substituição sugerida no protocolo atual não apenas carece de dados quanto a sua aplicabilidade, como pode significar um risco aos pacientes. É necessária a revisão do protocolo atual no que diz respeito ao uso de terapia combinada na HAP. Não apenas não pode ser sugerida a substituição de medicamentos de diferentes classes, como a possibilidade de combinação deve ser c</p>			
				<p>ontemplada de forma mais objetiva. A sugestão é de que os pacientes iniciem o tratamento com monoterapia e que sejam reavaliados quanto à resposta terapêutica em até 4 meses; no caso de resposta inadequada ou insuficiente, deve ser permitida a combinação com medicamentos de classes distintas a que foi utilizada como primeira linha. Tal abordagem possui hoje dados suficientes para embasá-la como recomendação. 1. Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Treatment of pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2004 Sep 30;351(14):1425-36. PubMed PMID: 15459304. 2. Galie N, Manes A, Negro L, Palazzini M, Bacchi-Reggiani ML, Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2009 Feb;30(4):394-403. PubMed PMID: 19155250. PubMed Central PMCID: 2642921. 3. Alonso GE, Barst RJ, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Annals of internal medicine. 1991 Sep 1;115(5):343-9. PubMed PMID: 1863023. 4. Humbert M, Simonneau G. Survival in patients with idiopathic, familial and anorexigen-associated pulmonary arterial hypertension in the modern management era. The European respiratory journal. 2009;34(Suppl 53):700S Abstract. 5. Benza RL, Miller DP, Gomberg-Maitland M, Frantz RP, Foreman AJ, Coffey CS, et al. Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL). Circulation. 2010 Jul 13;122(2):164-72. PubMed PMID: 20585012. 6. Alves JLL, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CJCDS, Morinaga LTK, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: Results from a registry of incident Brazilian cases. Chest. 2015;147(2):495-501. 7. Bulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galie N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulm</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>onary arterial hypertension. The New England Journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728.8.Bitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galle N, et al. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. The New England Journal of medicine. 2015 Dec 24;373(26):2522-33. PubMed PMID: 26699168.9.Ghofrani H, Galle N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langleden D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4_MeetingAbstracts).10.Simonneau G, Rubin L, Gal�� N, Barst R, Fleming T, Frost A, et al. Addition of sildenafil to long-term intravenous epoprostenol therapy in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized trial. Annals of internal medicine. 2008;149(8):521-30.11.Galle N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England Journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-44. PubMed PMID: 26308684.12.Burger CD, Long PK, Shah MR, McGoon MD, Miller DP, Romero AJ, et al. Characterization of first-time hospitalizations in patients with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension in the REVEAL registry. Chest. 2014 Nov;146(5):1263-73. PubMed PMID: 24901386. Pubmed Central PMCID: 4219341.13.Bj��le AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. PubMed PMID: 26935844.</p>			
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	A AUTORIZA��O PARA USAR TERAPIAS COMBINADAS DO SILDENAFILA E BOSENTANA E AINDA A INCLUSÃO DE NOVAS DROGAS NO PROTOCOLO	O FORNECIMENTO DE REMÉDIOS NÃO �� REGULAR, ISSO DIFICULTA MUITO O TRATAMENTO.O MINISTÉRIO DA SAÚDE PODE AGIR JUNTO AOS ESTADOS PARA QUE FORNEÇAM OS REMÉDIOS NO PRAZO CERTO E IMPLANTAR A TERAPIA COMBINADA	QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE COBRASSE DOS ESTADOS O FORNECIMENTO REGULAR DOS REMÉDIOS DE ALTO CUSTO PARA O TRATAMENTO E AUTORIZASSE A TERAPIA COMBINADA	
25/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Regular	Inclusão de fluticasona e xolair	Falta de medica��o e demora na libera��o	Agradecer wue nos últimos anos tem aumentado o interesse em tratar nossos paciennnts asmáticos	
25/10/2016	Paciente	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Na qualidade de representante de associa��es e de afiliado a FENAPAR podemos observar que os medicamentos Azatioprina e Ciclosporina são financiados pelos Estados, logo os mais ausentes nas farmácias dos SUS em todo Brasil. Quantos aos demais imunossupressores distribuídos pela União apresentam ausência por logística.	No Estado de Santa Catarina vivenciamos as negativas para medicamentos como Everolimo e Sirolimo, mesmo com as respectivas prescri��es médicas. Gerando a��es judiciais, compras diretas e até desrespeito ou demora no cumprimento das liminares. Acreditamos que os transplantadores por conhecerem melhor seus pacientes especifica��es, individualidade e outros, são aspectos desconsiderados.Vale lembrar de casos de pacientes transferidos de outros Estados que recebiam o medicamento citado normalmente e são negados pela DIAF/SC.	O aspecto de possuirmos o maior sistema público de transplantes do mundo, o ato altruísta das famílias doadoras e por fim, não dispensar o medicamento que consta no PCDT prescrito pelo médico �� contrariar a evolu��o do Sistema de Transplantes.Resaltando ainda, a responsabilidade das três esferas União, Estados e Municípios quando das liminares, onde estados e municípios são obrigados a compras diretas, tendo em seus estoques medicamentos da União(Everolimo e Sirolimo)	
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Que essa doença �� mortalce sem curaPrecisamos dessas medica��es para melhorar a nossa qualidade de vida	A Burocracia, pois a falta de medicamentos nos leva a crise e ao óbito em pouco tempo	Sou paciente e necessito do uso de 2 medicamentos de alto custo,fora os outros para ter qualidade de vidaQue significa pra nós pacientes, conseguir tomar um banho, vestir uma roupa sem desmaiar.Não podemos escolher entre quem tem ou não direito �� vidaCom certeza não escolhemos viver assim.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Boa	Inclusão de omalizumabe para pacientes com asma de difícil controle a ser dispensado em centros de referência especializados	acesso ao medicamento de alto custo	experienca excelente com pacientes que ja usam o produto	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Uso do micofenolato como imunossupressão inicial em substitui��o a azatioprina. Pois nao fica claro que o medico pode optar por esse medicamento como escolha inicial de imunossupressão, causando a nao libera��o pelo centro de dispensa��o.	Pcdts sao importantes para padronizar conduta, mas tem diferentes interpreta��es por parte dos avaliadores, dificultando a disoens��o do medicamento.	Nao	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Atualiza��o da classifica��o e principalmente do tratamento da HAP conforme documento anexo	A incerteza do tratamento combinado e a ausência das novas drogas na diretriz atual impede o tratamento dos pacientes de forma atualizada e eficaz		<a href="#">Clique aqui</a>
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	deve ser sempre atualizado.	a falta de medica��o e de tratamento de qualidade sem custo		
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Seria interessante o acréscimo de item que respaldasse as prescri��es médicas quanto ao uso ou troca de imunossupressão, uma vez que acompanho casos onde os pacientes apresentam intolerância ao uso do medicamento inicial e não �� respeitado a prescri��o médica de troca de imunossupressão dentro do PCDT conforme melhor entendimento dos especialistas quanto as particularidades de cada paciente.	Com rela��o a Santa Catarina a dificuldade está no que diz respeito ao não atendimento das particularidades dos pacientes no que tange a prescri��o médica e também ao não cumprimento de a��es judiciais quando há. Sabe-se que o fornecimento do medicamento que está dentro do PCDT sai mais barato ao Estado do que a compra a partir de a��o judicial, deste modo a troca de medicamentos que fazem parte do mesmo PCDT deveria ser aceita a partir da indica��o médica fundamentada e não como acontece hoje que extrapola para via judicial.		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Paciente	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Que a indicação médica seja respeitada, pois os especialistas é que acompanham os pacientes e conhecem o que lhes é melhor a nível de medicamento.	Hoje não há troca de medicamento dentro do mesmo PCDT sem ação judicial, o que onera o Estado.		
25/10/2016	Paciente	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Incluir no PCDT a possibilidade de utilizar de todos os imunossupressores constantes no protocolo a partir das necessidades dos pacientes sem restrições.	Dificuldade de diálogo junto a Divisão de Medicamentos quanto a variabilidade de utilização dos medicamentos dentro do mesmo protocolo clínico devido as necessidades de cada paciente. Descumprimento de ações judiciais quando precisamos do medicamento para sobreviver e manter o transplante.		
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Regular	1- Inclusão do denosumabe , com comprovada evidência de eficácia anti-fratura ( vertebral, não-vertebral e quadril) e segurança a longo prazo, com indicação de tratamento para pacientes com osteoporose grave e falha terapêutica ou intolerância a bisfosfonatos ( tem evidencia de ganho de densidade mineral óssea superior quando comparado frontalmente com alendronato, ibandronato, risedronato e zoledronato) 2- Inclusão da teriparatida como única droga anabólica óssea disponível , com comprovada evidência de eficácia anti-fratura ( vertebral e não-vertebral ) , como segunda escolha em caso de falha terapêutica, contra-indicação ou intolerância a drogas anti-reabsorvas			<a href="#">Clique aqui</a>
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Sugiro considerar excluir a recomendação de monoterapia sequencial, pois essa estratégia não está mais de acordo com as recomendações atuais de tratamento, segundo guidelines vigentes e novos estudos clínicos. A estratégia correta atual é usar terapia combinada inicial e também sequencial, se necessário. Também é fundamental incluir três novas terapêuticas com definido e comprovado por estudos clínicos robustos, que reduzem a morbimortalidade de: Macitentan e Selexipag para hipertensão arterial pulmonar e riociguate para hipertensão pulmonar secundária a embolia pulmonar crônica inoperável. Também é importante permitir a escolha individualizada do melhor tratamento para cada caso, sempre baseado nas evidências científicas atualizadas.	Temos dificuldade de solicitar, como Pneumologistas especialistas em tratamento de hipertensão pulmonar, o cateterismo cardíaco direito (exame só pode ser pedido por cardiologistas). Isso aumenta os custos ao sistema de saúde e atrasa diagnóstico, pois os pacientes precisam passar por outro especialista desnecessariamente. Ecocardiografia também é extremamente demorada para agendamento.	Falta de distribuição de medicamentos aos pacientes que já vinham em tratamento, causando importante morbimortalidade e aumento de custos, pois isso costuma gerar a necessidade de hospitalização.	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Boa	Limite superior para uso de everolimus não deve ser apenas 5,0. Vários pacientes apresentam dificuldade em alcançar nível serviço apenas com dose de 5 mg dia. Gostaria que a dose de everolimus superior fosse maior que 5,0 mg.			
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Remover o limite máximo de 5 mg dia de everolimo. Uma vez que esta medicação é utilizada baseada em níveis séricos dosados da droga e ha grande variabilidade de metabolização entre os pacientes	Acredito que nenhuma. A medicacao ja e liberada pela secretaria. E ha pacientes que precisam de doses maiores e outros de doses menores para atingir o nível terapêutico. Fenome este bem conhecido oela metabolização individual. E nao ha nenhuma recomendação na literatura, bula FDA em limitar o uso em 5 mg ao dia	Não.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Permitir prescrição de everolimus com dose maior que 5 mg			
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	A apresentação dos dados científicos carece de informação de estudos randomizados, usam-se somente na melhor das situações meta-análises. Cria-se confusão entre Thymoglobulina e Muromonabe CD3. Atualmente não temos disponível Muromonabe CD3 (tenho dúvida se ainda tem registro no Brasil)- ora ele é citado e ora não é citado. No algoritmo ele não é citado. NO texto de Pacientes de baixo risco imunológico para transplante renal- não se fala desta condição e sim de transplante preemptivo. O transplante preemptivo deve ser disciplinado separadamente, com observação de que a legislação atual impede inscrição de paciente para transplante renal doador falecido se o paciente nao estiver em dialise.Para o tema: Pacientes de baixo risco imunológico para transplante renal- incluir os esquemas de imunossupressão possíveis com resultados satisfatórios, incluindo uso de inibidores de mTOR. Os esquemas poderiam ser apresentados entre doador vivo e falecido com menção em separado de baixo e alto risco imunológico. Para pacientes de risco imunológico deve ser mencionado que a existência de somente um DSA já aumenta em muitíssimo o risco de rejeição e deve-se usar metilprednisolona (está presente em todos os estudos) + ATG + Imunoglobulina + plasmáfereze + micofenolato + tacrolimo + prednisona. O ATG deve ser usado nestes casos e não foi mencionado. O PCDT deve disciplinar ainda informação sobre plasmáfereze (não foi incluído termo específico). O PCDT deve aconselhar que o transplante de alto risco deva ser feito somente em Instituição que disponha de recursos para tratar a rejeição aguda mediada por anticorpos (plasmáfereze, ATG e imunoglobulina). Ela ocorre em até 45% dos pacientes com pelo menos um DSA.Não menciona profilaxia com sulfametoxazol e trimetoprina. Em relação a assistência farmacêutica: O PCDT não cita o cuidado/monitorização que deve se ter na troca de imunossupressor e risco de rejeição neste momento. Deve mencionar o risco de uso de medicamentos não aprovados pelo MS	O protocolo esta confuso em seu texto,embora fluxograma esteja mais claro (com alguns detalhes a serem corrigidos- vide acima). Assistência farmacêutica é deficitária. Falta código de autorização para imunoglobulina e plasmáfereze.	Parabéns a iniciativa do MS em rever o PCDT	
				. Deve mencionar que a farmácia deve deixar copia da receita com paciente e farmacêutico deve deixar claro qual medicamento não foi fornecido, a quantidade dos medicamentos que foram fornecidos e necessidade de paciente adquirir medicamento privadamente quando não disponível na farmácia SUS- pois casos de pacientes que não receberam orientação e não receberam medicamento e tiveram rejeição são crescentes.			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	que a doença é mortal	a burocracia		
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	O protocolo atual limita a dose máxima de medicamento a ser utilizada (por exemplo everolimo) em uma dose fixa sem levar em conta o nível sérico preconizado por guidelines e outros. Cada paciente necessita de uma dose individualizada para alcançar um nível sérico ótimo do imunossupressor que evite rejeição. Não se pode estabelecer uma dose limite única.	Além do protocolo engessado limitando a dose máxima de imunossupressor frequentemente falta na secretaria de distribuição determinada formulação (por exemplo, cápsula de 0,5mg) o que dificulta o ajuste de dose colocando o paciente sob risco de rejeição. Também falta determinado imunossupressor obrigando-nos a modificar a classe de imunossupressor para determinado paciente, em sempre mais adequado para o mesmo, colocando-o sob risco de rejeição e/ou efeitos colaterais. (Por exemplo, falta ciclosporina e temos que mudar para tacrolimus. Ou falta micofenolato e temos que mudar para azatioprina)	Não.	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Estabelecer um racional de tratamento em linha com as diretrizes internacionais da enfermidade	A indisponibilidade de tratamento das três vias fisiopatológicas com fármacos IA ou IB	Sim, em documento anexo	<a href="#">Clique aqui</a>
25/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Boa	Há mais medicamentos para serem incorporados ao arsenal terapêutico. Atualização de GINA 2016, inclui anticolinérgicos de ação longa para asma não controlada no step 4, para pacientes > 12 anos de idade. A customização do tratamento da asma, por medicina de precisão, já inclui agentes biológicos, como anti-IL5 para asma eosinofílica, e mais outros biológicos que deverão estar no mercado farmacêutico em breve.	A realidade local requer disponibilidade de corticoide inalatório associado a Beta2 de longa duração disponível para asma moderada no step 3. Para os que não respondem e a asma não é controlada, omalizumabe hoje é uma opção terapêutica para redução de crises, internações e uso de corticoide oral. A falta de conhecimento por médicos e não discutir com autoridades de saúde para implantação universal do protocolo.	Criar e dar condições de centros de referência para usar medicação de alto custo sem abusos e re-conhecendo quando interromper estes recursos de tratamento para centro terciários.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Boa	Não limitar a dose de everolimus			
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Terapia de indução em Tx está bem definida com uso de anti-CD25 e Timoglobulina de coelho. Anti-CD3 não está mais disponível no mercado há alguns anos e tem muitos efeitos adversos. Embora haja controvérsia, Tg pode ser usada em pacientes de risco imunológico elevado. PRA>30%, re-Tx anticorpos DSA presentes pré-Tx. Terapia de manutenção pode ser feita com inibidores da calcineurina (o Tacrolimo sendo mais usado em todo o mundo), inibidores da síntese de nucleotídeos (MMF, MPS sendo mais usados em todo o mundo, embora a azatioprina possa ser usada) e corticosteroides. Não há tratamento referenciado para a RMA. O uso de TG, PF, IGH e Rituximabe são anedóticos e sem respaldo científico sólido. O que é necessário é estabelecer quais dessas drogas serão usadas preferencialmente e quais em caso de sucesso. A disfunção crônica do enxerto não tem tratamento específico e deve ser manejada com cuidado para não agravar a progressão da IRC. O uso dos i MTOR em associação com ICN não pode ser descartado pois um grande estudo multicêntrico internacional deverá fornecer evidências se é um protocolo efetivo ou não. O uso de Ganciclovir não foi abordado e precisa ser dispensado pelo SUS. Da mesma forma a anfotericina B lipossomal para tratamento de casos específicos. Monitoramento de infecção pelo CMV e BKV deveria ser abordada. Os fluxogramas propostos são burocráticos e penalizam o paciente. Como não dispensar um medicamento prescrito por centro credenciado pelo SUS para Tx? Submeter o paciente a entrevistas com o farmacêutico? Temos que simplificar nossas condutas e não complicar. Se o médico prescrever inadequadamente que seja punido pelo CRM.	Em nada! Não dessa forma. Reafirmo: no protocolo há coisas boas, coisas que precisam ser retiradas e coisas que precisam ser acrescentadas. Existem conceitos na proposta do protocolo que estão desatualizadas pois muito se evoluiu, em conceitos, na imunossupressão. As entidades de classe envolvidas com transplantes deveriam ser consultadas previamente.	Ver livro texto Kidney transplantation de Morris & Knechtel, última edição	
25/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Regular	INCLUSÃO DO USO DE MIGLUSTATE PARA TRATAMENTO DE PACIENTES TIPO 3 MENORES DE 18 ANOS. INCLUSÃO COMO PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO CONFORME PROTOCOLOS INTERNACIONAIS E NÃO RESTRITO A FALHAS TERAPÊUTICAS,	A INCLUSÃO DA MEDIÇÃO VIA ORAL PERMITE MAIOR INDEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE INFUSÃO, MAIOR ADERÊNCIA E MENOS FALTAS AO TRABALHO. NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE FAZERMOS RNM COMO NO PROTOCOLO POR QUESTÃO DE CUSTO DO PROCEDIMENTO.	O MIGLUSTATE É VIA ORAL E TEM INTERAÇÕES MENORES COM OUTROS MEDICAMENTOS.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Drogas imunossupressoras como o Bortezomib para hipersensibilizados e Betalcept para pacientes que cursam com síndrome hemolítica urêmica com uso de inibidores de calcineurina. Além disso, não há lógica em manter o OK3 no protocolo já que o mesmo não se encontra disponível no Brasil. Drogas como program XL são importantes na população pediátrica e nos pacientes que necessitam de apresentação de tacrolimo de 0,5mg	Indisponibilidade de OKT3 falta de alternativas em caso de síndrome hemolítica urêmica e tratamento em sensibilizados		
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Asma	Ruim	Existe o medicamento brometo de tiotrópio que não está contemplado no documento, ele tem estudos que comprovam a melhora clínica do paciente.	Falta de organização dos governos estaduais na implantação, além de fontes de financiamento.	Pessoas morrem devido a falta de remédios e inchaço em emergências.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	A eficácia imunossupressora da medicação everolimo depende do nível sérico atingido. Vários pacientes usam esta medicação, seja por esquema inicial, seja por conversão após complicações/efeitos adversos com esquemas anteriores. A limitação da dose máxima diária de 5mg inviabiliza o uso em vários destes pacientes, expondo-os a risco de rejeição e as complicações relacionadas. Sugiro aumento da dose máxima diária para 8 a 10mg por dia. Esta dose é segura e já é utilizada em diversos países	A limitação de dose total diária do everolimo é um fator limitante importante. A ausência de reembolso pela terapia de indução também dificulta o manejo dos transplantes renais, cada vez mais complexos. O protocolo deveria contemplar esta realidade	ausência de reembolso pela terapia de indução também dificulta o manejo dos transplantes renais, cada vez mais complexos. O protocolo deveria contemplar esta realidade	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	1- NA INDUÇÃO DA IMUNOSSUPRESSÃO: - OPÇÃO DE INICIAR COM MICOFENOLATO PARA OS PACIENTES DE ALTO RISCO IMUNOLÓGICO- OPÇÃO DE INICIAR COM SIROLIMO / EVEROLIMO NO SENTIDO DE TENTAR DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE CITOMEGALOVÍRUS2- NO ITEM REJEIÇÃO:- POSSIBILIDADE DE CONVERSÃO PARA MICOFENOLATO QUANDO OCORRER QUALQUER REJEIÇÃO, E NÃO SOMENTE REJEIÇÕES MAIS GRAVES- RETIRAR OKT3 DO PROTOCOLO3- EM RELAÇÃO À MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO:- A NECESSIDADE DE EXAMES É INDIVIDUALIZADA PELO MÉDICO, E MUITAS VEZES O FARMACÊUTICO SOLICITA EXAMES QUE NEM A EQUIPE MÉDICA NECESSITA, PELO MENOS NÃO DE 3/3 MESES, O QUE AUMENTA O CUSTO:3.1) AZATIOPRINA: RETIRAR NECESSIDADE DE BILIRRUBINAS E FOSFATASE ALCALINA3.2) CICLOSPORINA / TACROLIMO: RETIRAR COLESTEROL, TRIGLICERÍDEAS, FOSTATASE ALCALINA, BILIRRUBINAS3.3) SIROLIMO / EVEROLIMO: RETIRAR COLESTEROL /TRIGLICERÍDEAS4- PEÇO PARA COLOCAREM PARA CONSULTA PÚBLICA TAMBÉM AS LÂMINAS DOS CRITÉRIOS DO HORUS, POIS, APESAR DE SE BASEAR NO PCDT, AS VEZES OS CRITÉRIOS OBJETIVOS QUE ESTÃO LÁ NÃO É EXATAMENTE O QUE ESTÁ EXPOSTO NO PCDT.	DIFICULDADE FINANCEIRA PARA TIMOGLOBULINA.	ENFATIZAR A NECESSIDADE DE MOSTRAR AS LÂMINAS DO HORUS EM CONSULTA PÚBLICA, POIS COMO FALEI, AS VEZES OS CRITÉRIOS OBJETIVOS DOS ITENS DO HORUS NÃO SÃO EXATAMENTE O QUE DIZ NO HORUS, E TAMBÉM FICA MAIS FÁCIL DE VER TODOS OS CRITÉRIOS DESTA MANEIRA.	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Incluir hipertensão pulmonar tromboembólica crônica, incluir terapia combinada no tratamento. A anticoagulação está indicada no tratamento da HAPIIncluir diltiazem aos pacientes com HAPI com resposta a teste agudo de vasorreatividade pulmonar.Não utilizar valor de corte do teste de caminhada para tratamento..Melhorar a questão do treinamento físico, destacando que deve ser feito em centros de referência e após estabilidade clínica do doente.	O que difulta é a falta de opção de medicações para tratar os pacientes . Vários pacientes tem indicação de uma terceira droga , da classe das prostaglandinas, e a SUS não fornece a medicação.Hoje, os pacientes com TEP crônico não cirurgico não tem opção terapêutica	Estou à disposição para ajudar no que for preciso.	<a href="#">Clique aqui</a>
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Como farmacêutica em uma clínica de transplante renal, posso observar que os medicamentos fornecidos pelo Estado, no caso Ciclosporina e Azatioprina, são os que mais faltam nas farmácias de SUS em todo país	No estado de SC, vivenciamos as negativas dos medicamentos inibidores de m-tor, everolimo e sirolimo, mesmo sendo encaminhado uma declaração médica justificando a prescrição. Gerando assim ações judiciais que trazem prejuízo ao Estado. Os médicos transplantadores conhecem seus pacientes e fazem prescrições individualizadas, porém esse aspecto é desconsiderado.	Possuímos o maior sistema público do mundo. SC é recordista em captação de órgãos. Não dispensar o medicamento prescrito pelo médico é contrariar a evolução do sistema de transplantes. Medicamentos esses que constam no PCDT.	
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Inclusão de novas terapias para tratamento da HAP e liberação de terapia combinada.			
25/10/2016	Paciente	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Falta de medicamentos nas farmácias. Com muita frequência. Ocorrendo riscos aos pacientes transplantados.	Precisei substituir meu imunossupressor e tive muita dificuldade para conseguir.Troquei o micofenolato de sódio pelo Everolimo. Levou cerca de um ano para o estado me fornecer a medicação. Entrei com ação judicial, e fiz entrevistas, tanto no jornal quanto na rede televisiva, laudos médicos, Entre todo o transtorno em relação a minha saúde.		
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Atualizar conforme os estudos mais recente a imunossupressão de manutenção do transplante já que atualmente os esquemas de maior eficácia a longo prazo recomendados são os que usam inibidor de calcineurina (tacrolimus superior a ciclosporina) e antiproliferativo (celcept ou myfortic) ou mtor(everolimus preferencialmente) com ou sem corticóide. o esquema com azatioprina e ciclosporina aumenta o risco de formação de auto-anticorpos a longo prazo co já visto em vários estudos mais recentes	o protocolo da forma como está escrito dificulta a liberação de medicamentos essenciais para os pacientes transplantados renais		
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Muito Ruim	O documento está totalmente desatualizado. Uma revisão feita somente até 2012, e reavaliada em 2014, mas que não incluiu nenhum novo estudo por não considerar nenhum desfecho relevante, sem especificar o que é um "desfecho relevante", não é correto, pois neste período, após 2012 vários estudos muito importantes foram publicados, que orientaram e modificaram as condutas no transplante renal.	Sou neurologista há 25 anos, nosso serviço já realizou mais de 1500 transplantes renais. Participamos anualmente dos congressos nacionais e internacionais, e procuramos nos manter sempre atualizados.Este protocolo é muito retrógrado, desatualizado, tendencioso, e certamente não foi elaborado com a ajuda dos profissionais verdadeiramente envolvidos com transplante renal, que tenham experiência prática comprovada na área de transplante renal.Sugiro que seja convidada um comissão indicada pela ABTO para a revisão deste documento. A ABTO poderia indicar 3 a 5 profissionais para que esta sociedade médica estivesse verdadeiramente representada, e assim, garantir a continuidade da qualidade dos transplantes realizados no Brasil.	Gostaria de saber como é a divulgação da existência destes documentos em consulta na internet, já que todos nós neurologistas transplantadores fomos surpreendidos HOJE com a notícia da presença desta inquirição, já que não temos como habito olhar regularmente o site. Sugiro ao Ministério, sempre que houver uma enquete em consulta, envie a sociedade médica pertinente, no caso ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos) para que esta divulgue junto aos seus sócios e assim, possa haver uma verdadeira participação da comunidade científica.	
25/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	-Exclusão da MONOTERAPIA SEQUENCIAL; -Inclusão de TERAPIA COMBINADA INICIAL E SEQUENCIAL;-inclusão de OPÇÕES TERAPÊUTICAS com comprovado impacto da morbimortalidade de pacientes com HAP.(Riociguat, Macitentan e Selexipague).-Livre escolha do profissional	-Falta de estrutura adequada para realização de diagnóstico da HAP, no Paraná, com exceção de Curitiba, como por exemplo, a realização de Cateterismo Cardíaco Direito e de acompanhamento do paciente.-Exigência de Cateterismo Cardíaco Direito mesmo em paci	-Falta de regularidadeno fornecimento dos medicamentos pelas sSecretarias Estaduais, elevando o índice de óbitos.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	O documento necessita diversos melhoramentos:1. É baseado em revisão da literatura feita há 4,5 anos, portanto necessita atualização a luz dos progressos ocorridos no período;2. O anticorpo monoclonal OKT3 está fora do mercado há muitos anos, não deve constar do protocolo;3. A evidência para recomendar que o ATG seja "sempre" dado no trans-operatório é muito frágil, apenas um estudo com pequeno número de pacientes, pode ser sugerido mas não "sempre";4. A Azatioprina é administrada a menos de 1% dos pacientes que recebem transplante renal nos EUA segundo o SRTR (Scientific Registry of Transplant Recipients);5. A imunossupressão deve ser sempre individualizada para o que melhor serve a um determinado paciente, isso leva em conta múltiplas variáveis - determinar um protocolo burocrático pode não servir a um grande número de pacientes;6. A monitorização das complicações da imunossupressão e o seu tratamento devem ser contempladas no protocolo	O protocolo, da maneira como está posto, dificulta a boa prática médica e cria entraves adicionais ao já complicado processo de obtenção dos imunossupressores. Os pacientes transplantados já recebem orientações por profissional farmacêutico nos hospitais, não há necessidade de mais um.	1. Um protocolo de tamanha responsabilidade não pode ser elaborado com apenas um consultor especialista no assunto. Deveriam ser ao menos 3, de diferentes instituições e que estejam exercendo a clínica dos transplantes em hospitais com bom volume de transplantes e bons resultados;2. As sociedades de especialidades Associação Brasileira de Transplante de Órgãos e Sociedade Brasileira de Nefrologia devem ser consultadas e seus pareceres acolhidos.	
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A inclusão de novos medicamentos para tratamento da doença...	Qualidade de vida para os pacientes que necessitam de terapias combinadas, para tratamento da doença		
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	- há evidências novas para inclusão de diversas medicações para tratamento de HAP, tais como tadalafil, riociguate, macitentan e selexipag, já disponíveis no Brasil e recomendadas em protocolos internacionais. Tais medicamentos devem ser avaliados e dispo	A falta de liberação para utilização dos novos fármacos disponíveis dificulta o manejo adequado dos pacientes que progridem a despeito do tratamento atualmente liberado. Se incluídos no novo PCDT, o INCOR teria toda a condição de tratar esses pacientes de acordo com as recomendações internacionais.	Parabeno o CONITEC pela abertura aos especialistas na área, e agradeço pela oportunidade em expor minhas opiniões e descrever a realidade daqueles que estão diretamente ligados ao tratamento de pacientes tão graves. Trabalho em um grande centro em um hospital terciário de São Paulo, e apesar de termos uma estrutura bastante adequada em termos de medicamentos, à medida que percebemos que há novos fármacos aprovados no exterior porém não disponíveis, deixamos de poder oferecer tratamento ótimo aos nossos pacientes.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Regular	Incluir no PCDT medicamentos no tratamento da Osteoporose com mecanismo de ação diferente dos medicamentos já existentes (Bisfosfonatos, Raloxifeno e Calcitonina) e que reduzem o risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril, comprovado através dos ensaios clínicos, como o denosumabe.	A implantação deste protocolo ou diretriz facilitaria o tratamento da osteoporose e evitaria as suas complicações como as fraturas.	Não.	
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Acesso a mais opções terapêuticas para tratamento da HAP; permissão de terapia combinada, uma vez que a doença é progressiva e existe mais de uma via de tratamento, como apontam diretrizes internacionais de tratamento da HAP.	O que dificulta é a irregularidade no fornecimento de medicamentos para tratamento da HAP no Distrito Federal.		
25/10/2016	Paciente	Doença de Gaucher	Boa	livre escolha do medicamento pelo paciente. Principalmente quem já toma o mesmo medicamento há muitos anos, manter .Decisão de quem precisa do remédio, juntamente com seu medico.		Seguir o protocolo de registro no FDA , ou seja, 30 unidades por kg de peso. Importante manter.	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Boa	A revisão para uso de imunoglobulina, plasmafereze e rituximabe nos casos de rejeições humorais.Os centros transplantadores norte-americanos e europeus, já preconizam o uso das terapias em conjunto para obter melhores resultados.Outra atualização que acredito precisa ser feita, é A LIBERAÇÃO DO USO DE Ig PARA DESSENSIBILIZAR OS PACIENTES HIPERSENSIBILIZADOS, em meu estado o centro de medicamento do estado não libera, pois relata que a portaria ministerial não contempla este uso da imunoglobulina. Mas com isto, uma parcela expressiva dos pacientes hipersensibilizados, fica sem qualquer chance de transplantar, e falecem em lista de espera para transplante.	Muita burocracia para ter acesso a Ig. Como remuneração da plasmafereze é baixa, a maioria dos hospitais não dispõe do tto, e quando dispõe limitam pelo custo elevado, principalmente pelo valor do kit do procedimento e da albumina, que é o que usamos para reposição.	A imunoglobulina antimocito de coelho deveria ser dispensada pelos governo federal nos centros de medicamentos estaduais (de maneira o menos burocrático possível) para os hospitais, mantendo-se um estoque adequado (os hospitais devolveriam os frascos com nome e indicação do paciente para controle). Isto tornaria possível fazermos o adequado uso, nas doses ideais, evitando complicações maiores quando do uso adequado desta imunoglobulina. Os centros transplantadores não conseguem manter esta medicação, pois o que se paga não cobre nem metade do valor do medicamento. Sendo assim, não compram pois inviabiliza o hospital. Sendo assim, o paciente que tem indicação para indução ou tratamento, dificilmente terá acesso a droga.	<a href="#">Clique aqui</a>



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	<p>1. Item 5 - A Hipertensão pulmonar tromboembólica crônica poderia ser incluída no PCDT. Vale citar a possibilidade de cura com a cirurgia (tromboendarterectomia pulmonar) e que os centros com experiências devem avaliar estes pacientes, sempre que possível. 2. Item 5 - Nos casos de pacientes portadores de Hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) considerados inoperáveis (por falta de acesso aos trombos ou por falta de condições clínicas) ou ainda pacientes com HAP residual após a cirurgia, o Riociguate está indicado (Estudos CHEST 1, CHEST 2). O riociguate é o primeiro agente da classe dos estimuladores da guanil ciclase solúvel que, além de estimulá-la diretamente de forma independente do Oxido nítrico (ON), também aumenta a sua sensibilidade ao ON. Tem efeito vasodilatador - não exclusivamente pulmonar, podendo ocorrer alguma vasodilatação sistêmica, além de propriedades antiproliferativas e anti-remodelamento vascular. Estudos com bosentana e sildenafil nesta população não mostraram significância clínica. O riociguate é o único fármaco aprovado pelo FDA, EMEA e ANVISA para o tratamento da HPTEC não operável e HAP residual. O medicamento em questão necessita de ajustes de dose na fase inicial a cada duas semanas (6 semanas), sendo necessária uma programação de 0,5 até a dose de 2,5mg 3x ao dia. 3. Item 8.1 - Vale citar que o exercício físico deve ser feito em centros de referência em reabilitação pulmonar/hipertensão pulmonar e iniciado na presença de estabilidade clínica. 4. Item 8.2 - Acrescentar o Diltiazem como vasodilatador no caso de teste de vasoreatividade positiva. Na PCDT atual constam apenas anlodipino e mifedipino. 5. Item 8.2 - recomendo incluir Macitentan. É um agente antagonista dos receptores Endotelina capaz de se ligar aos receptores de forma mais sustentada, e com propriedades físico-químicas que permitem maior penetração tissular. Adicionalmente, há menor propensão a interações com outras drogas, menor toxicidade hepática, sendo dispensável.</p>	<p>1) Interrupção do fornecimento de alguns medicamentos por alguns meses (sem explicação) dificulta, em muito o acompanhamento destes pacientes. 2) Os centros de referência facilitam e padronizam o atendimento destes pacientes.</p>	<p>Divulgar e disponibilizar as atuais possibilidades terapêuticas para este grupo de pacientes é de fundamental importância.</p>	
				<p>eis ajustes de dose em pacientes com comprometimento renal ou hepático. Estudo de fase III de longa duração contra placebo e com grande número de pacientes demonstrou redução significativa dos desfechos primários combinados de mortalidade (por qualquer causa) e morbidade entre os pacientes que usaram a droga, além do aumento significativo da capacidade de exercício (TC6M e CF), o que ocorreu independentemente do uso ou não de outras medicações para HAP. Na dose de 10 mg/dia, a droga reduz a taxa de hospitalizações por todas as causas, sobretudo das hospitalizações relacionadas à HAP. 6. Item 8.2 - O Tadalafil tem registro na ANVISA (para disfunção erétil) e é comercializada no Brasil. O Tadalafil foi avaliado em um estudo de 16 semanas, placebo controlado, duplo cego, randomizado, em 405 pacientes com HAP (idiopática ou associada), em doses variadas (de 2,5mg até 40mg ao dia). Houve melhora no desfecho primário (DTCS) de forma dose-dependente, mas apenas a dose de 40mg ao dia atingiu significância estatística neste desfecho, bem como aumentou o tempo para piora clínica (p=0,041). A dose aprovada para uso foi de 40mg ao dia. 7. Item 8.3 - Vale citar que a anticoagulação oral não está indicada para todos, está indicada na HAP levando em consideração os riscos do paciente. Pacientes com doenças reumáticas podem apresentar mais sangramentos mais expressivos (por exemplo esclerose sistêmica). Em pacientes com HPTEC a anticoagulação está indicada com nível INR em torno de 2.5 a 3.0. 8. Item 8.5 - Acrescentar a possibilidade da terapia combinada para o tratamento da HAP. É necessária uma revisão do protocolo quanto ao uso de terapia combinada na HAP. A indicação da terapia combinada é uma realidade de nossa prática. Vários estudos analisaram o impacto da combinação de medicamentos no manejo de pacientes com HAP, seja diretamente, seja como análise de subgrupo, demonstrando que a adição de um segundo medicamento leva à melhora da capacidade de exercício, melhora hemodinâmica.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				e retardo na progressão da doença. A segunda droga tem sido solicitada via judicial, fato que complica muito o tratamento (para o paciente e para o sistema de saúde). Referência para suporte: Lajoie AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. 9. Item 8.8 Benefícios esperados. Retirar a "redução da pressão da artéria pulmonar" como benefício esperado. O valor do nível da pressão da artéria pulmonar não se relaciona com gravidade da HAP.			
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Liberação de todos os medicamentos disponíveis para o tratamento da HAP e possibilitar o uso combinado de dois ou mais medicamentos.		O Distrito federal libera apenas três medicamentos para tratamento da HAP e o SUS só libera um. Além de faltar medicamentos nas farmácias de alto custo.	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Asma	Regular	Rever a mesma baseado nas diretrizes GINA 2016, principalmente em relação ao tratamento de asmáticos não controlados (steps 4 e 5). Avaliar estudos de vida real, principalmente em relação aos imunobiológicos na asma.	A aquisição e o fornecimento rotineiro e contínuo dos medicamentos nas redes primárias de saúde, e no caso dos casos mais complexos nas terciárias.	Os novos medicamentos para asma: ex. tiotropio, omalizumabe, devem estar disponíveis pelo SUS, ao alcance do uso por dos médicos especialistas no caso os alergistas e os pneumologistas.	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Ruim	Basicamente deveriam ser contempladas duas medicações. A primeira que já tem no SUS seria a teriparatida ( Forteo). MUITOS DE NOSSOS PACIENTES PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA RECEBER ESSA MEDICAÇÃO COMO OSTEOPOROSE SECUNDÁRIA A CORTICOSTERÓIDES, NÃO RESPOSTA AO BISFOSFONATO, baixa densidade óssea e alto risco de fratura, duas ou mais fraturas vertebrais e mais de 65 anos de idade. A retirada de teriparatida deveria ser mais facilitada. Outro medicamento que tem cada vez maior demanda é o Denosumabe. Ele tem um perfil completamente diferente do bisfosfonato e tem um nicho próprio para sua indicação. Tem eficácia comprovada na redução de fraturas vertebrais e não vertebrais e de quadril. Pode ser uma excelente alternativa nos pacientes que não respondem aos bisfosfonatos, pacientes com função renal reduzida onde o bisfosfonato é contraindicado, mulheres jovens com densidade óssea muito baixa e que necessitam chegar em níveis de maior densidade óssea com menor risco de fraturas, pacientes com intolerância aos bisfosfonatos, entre outras. É uma medicação segura praticamente sem efeitos colaterais.	Acho viável a introdução dessas medicações visto que todos nossos residentes discutem os casos conosco e são ensinados a ter parcimônia na indicação de medicações de alto custo. Nosso Serviço é de referência em Osteoporose e recebemos inúmeros casos com características próprias que necessitam receber esses medicamentos mais atuais.	Não	
25/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Rever o conceito de rejeição aguda	A dose máxima de Everolimo no protocolo não condiz com a realidade. Para atingir nível sérico adequado da medicação muitas vezes precisamos de doses maiores!		
25/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Se que existem novos medicamentos mas o SUS não custeia. Tenho muita falta de ar com os medicamentos que tomo. Fui diagnosticada a seis anos e não vejo melhora apesar de toda essa dosagem diária dos medicamentos que faço uso preciso de nova alternativa para uma vida melhor.	Que seja divulgado no Facebook e twitter para que a população possa tomar conhecimento.	Gostaria que a UNIÃO desse mais atenção para a população que sofre "na luta pela vida" MINHA VIDA NÃO TEM PREÇO".	
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	-Inclusão da terapia combinada aos pacientes que necessitam, evitando que os mesmos precisem da via judicial para terem acesso às drogas. -Acrescentar diltiazem como possibilidade terapêutica para os pacientes com HAPI com resposta ao teste de vasorreativi	No protocolo consta o medicamento Iloprost, mas o mesmo não é comercializado no Brasil, apesar de ser aprovado pela ANVISA.		
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Seguem no documento anexado.			<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
25/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	<p>1. A presença do C4d não tem sido mais considerada indispensável para o diagnóstico de rejeição mediada por anticorpos. Vide atualização 2013 do Banff. 2. Muitas evidências apontam para os benefícios da utilização da terapia de indução com anticorpos anti-receptor de IL2 em pacientes de baixo a moderado risco utilizando regimes de manutenção de menor eficácia. É um fármaco seguro e tem sido utilizado por vários centros transplantadores do mundo como terapia de indução. 3. A azatioprina é certamente uma ótima opção para compor o regime de imunossupressão inicial. Entretanto, seu uso está associado a uma maior incidência de rejeição aguda quando comparada ao micofenolato. O micofenolato é atualmente o medicamento considerado mais eficaz na prevenção de rejeição aguda em associação a um inibidor da calcineurina. Tem adicionalmente a vantagem de inibir a proliferação das células B. Estudos de curto e médio prazo demonstraram que os inibidores da mTOR são tão eficazes quanto o micofenolato quando combinados aos inibidores da calcineurina. Da forma que é utilizado nos dias atuais (sem dose de ataque e em concentrações reduzidas), não há evidências que apontem claramente para uma maior incidência de eventos relacionados à ferida operatória. Além disso, estudo brasileiro publicado recentemente demonstrou de forma robusta que seu uso está associado à uma menor incidência de eventos por CMV. A escolha do regime imunossupressor inicial deve considerar diversas variáveis que impactam nos desfechos de eficácia e segurança (isso vai muito além do discutível "risco imunológico"), devendo ser, portanto, individualizada. Assim, azatioprina, micofenolato ou os inibidores da mTOR dever sem opções para compor o regime de imunossupressão inicial. 4. O documento cita a necessidade de profilaxia para o CMV, independente do status sorológico. Não há evidências sobre o benefício da profilaxia universal sobre o tratamento preemptivo. Algumas diretrizes sugerem profilaxia para D+/R-. No entanto,</p>	Primordialmente, o engessamento da escolha da imunossupressão é um entrave	Seria de grande valia consultar especialistas na área de transplante renal, bem como as sociedades/associações que lidam com este tema diariamente (ABTO/SBN).	
				<p>considero bastante oportuna essa citação, pois seria de grande valia a adição do valganciclovir no bulário SUS (RENAME), tanto para profilaxia, quanto para o tratamento preemptivo. Esta medida resultaria em redução significativa no percentual de hospitalizações. 5. Não há evidências robustas que apontem para a necessidade do uso intra-operatório da ATG. 6. O muronabe CD3 (OKT3) não está mais disponível em nosso meio. 7. Para a estimativa da TFG, é preferível utilizar as formulas MDRD ou CKD-EPI. A equação de Cockcroft-Gault para a determinação da depuração da creatinina só tem sido utilizada quando não estão disponíveis os (amplamente disponíveis) aplicativos para avaliação da função renal. 8. As concentrações de tacrolimo, ciclosporina e sirolimo são dosadas no sangue total e não no soro.</p>			
25/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Inclusão de novas terapias, liberação da terapia combinada e ampliação para outros tipos de hipertensão pulmonar.	A dificuldade surge no momento que o paciente necessita de mais de 1 medicamento para a doença, o estado nega os demais medicamentos justamente porque no protocolo não contempla a terapia combinada. E isso vai na contramão diante da ciência que comprova a eficácia da terapia combinada pois sem a mesma, o paciente não tem a melhora que necessita.	O protocolo veio para ajudar aos pacientes acometidos de hipertensão pulmonar não precisar recorrer à justiça a fim da obtenção do medicamento, porém alguns deles tem um grau mais acentuado da doença e necessitam da liberação da terapia combinada. Nisso o protocolo está trazendo barreiras uma vez que impede que o tratamento seja completo.	
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Exclusão da monoterapia sequencial; inclusão de terapia combinada inicial e sequencial; inclusão de opções terapêuticas com comprovado impacto na morbimortalidade de pacientes com HAP (Macitentan e Sildenafil); livre escolha do médico em relação aos medicamentos e às estratégias terapêuticas de acordo com a necessidade do paciente com base nas recomendações científicas.	Falta de estrutura adequada no município de São José dos Campos para realização de realização de cateterismo cardíaco direito e de acompanhamento adequado do paciente; sobretudo na faixa etária pediátrica; exigência de cat direito em pacientes graves com risco de morte.	Falta de regularidade no fornecimento dos medicamentos pelas secretarias estaduais, elevando o índice de óbitos; falta de leitos específicos para internação de pacientes graves de HAP sobretudo na faixa atearia pediátrica; desconhecimento sobre aspectos clínicos e terapêuticos da HAP por profissionais de saúde (clínico geral e pediatras) nas unidades de emergência	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	<p>Transplante intervivos de pacientes hipersensibilizados - Protocolo publicado no NEJM julho 2011 - dessensibilização com plasmafereze + IVIG 100mg pós PP - número de sessões baseados no nível do anticorpo anti-DSA (MFI) , posteriormente na terapia de indução ATG 1.5mg/kg/por 5 doses. Seguindo no pós op de PPI (em torno de 5 sessões) + terapia de manutenção de tacrolimus + micofenolato mofetil + prednisona ( sendo os dois primeiros iniciados durante a terapia de dessensibilização) Em relação a utilização do tacrolimus x ciclosporina - de acordo com o estudo symphony ( NEJM 2007) demonstrou que o tacrolimus baixa dose quando comparado a ciclosporina em dose baixa x ciclosporina em dose baixa x ciclosporina em dose normal , associados ao micofenolato mofetil, demonstrou taxa menor de Rejeição aguda Nos receptores que apresentem sorologia negativa para CMV e que recebem enxertos de receptor CMV positivo - imperativo que se forneça por período de 200 dias - valganciclovir 900mg/dia implementação de políticas públicas que levem em consideração pacientes hipersensibilizados + tempo prolongado de lista de espera ( acima de 3 anos) Em relação a azatioprina como droga de manutenção , a maioria dos guidelines preconiza a utilização de micofenolato mofetil - inclusive guidelines KHA , CARI guidelines ( nephrology 2012) - utilizados na nova Zelandia e Austrália. Nos receptores de rim de critérios expandidos + KDRI acima de 1.45 - possibilidade de se usar inibidor de calcineurina em dose baixa associado a inibidores da MTor</p>	1) A utilização da AZA (agente anti-proliferativo) como droga de manutenção 2) Falta de política pública em relação a Citomegalovirus 3) Falta de política pública em relação aos pacientes hipersensibilizados - corresponde hoje a 60% da lista de espera em nosso serviço		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Regular	Que o Denosumabe é uma medicação segura (dados de 10 anos) e muito eficaz no tratamento da osteoporose. Aumenta mais a densidade óssea quando comparado aos bisfosfonatos. Tem uma ação distinta em osso cortical, especificamente na redução da porosidade, o que contribui para redução de fraturas de quadril	Ajuda muito os pacientes que não podem usar bisfosfonatos oral ou que tenham algum déficit de absorção.	Sim. Denosumabe é a única medicação para tratamento da osteoporose que pode usar o paciente com clearance de creatinina abaixo de 30. Não apresenta eliminação renal e sim pelo sistema retículo endotelial.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Sobre o uso do Everolimo há indicação para adequar a dose prescrita para de obter um nível serviço de 3 a 8 mg/mL o que eu concordo. No entanto, há uma limitação de dose máxima de 5 mg/dia. Com isso, a assistência farmacêutica de Minas Gerais, por exemplo, não dispensa prescrições maiores que 5 mg/dia mesmo que o nível sérico seja menor que 3 ng/mL. Assim, sugiro que o limite de 5 mg de dose máxima seja removido, permanecendo a indicação de manter nível sérico entre 3 e 8 mg/mL	A dificuldade reside no limite de 5 mg/dia como dose máxima de Everolimo. Alguns pacientes necessitam de doses maiores que 5 mg/dia para atingir níveis serviços entre 3 a 8 mg/ml	Não	
26/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Incluir novas medicações para tratamento em da Hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (riociguat) e vasodilatadores mais potentes como o epoprostenol e selixipag	Acredito ser apenas uma atualização da diretriz, pois estas novas medicações vem apresentando efeitos melhores e são mais novas. Não vejo impedimento, somente atualização da diretriz.	Por tratar-se de doença com alta morbi-mortalidade, a disponibilidade de todos os recursos terapêuticos se faz necessária. Em particular trabalho com pacientes com hipertensão porto Pulmonar em lista para Transplante de fígado que necessitam de drogas mais potentes como o epoprostenol para reduzir a hipertensão pulmonar e assim poderem ser transplantados.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	É fundamental flexibilizar os regimes de imunossupressão considerando as grandes diferenças na demografia dos doadores e receptores, na tolerabilidade às drogas, nas doenças endêmicas e no acesso a terapias complementares não reembolsáveis.	O que mais dificulta a implantação deste protocolo é a sua falta de flexibilidade.	Precisamos discutir terapias complementares como profilaxia para a infecção por citomegalovírus,	
26/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	exclusão do esquema de monoterapia- Inclusão de terapia combinada inicial e sequencial;- Inclusão de opções terapêuticas com comprovado impacto na morbimortalidade de pacientes com HAP (Macitentan e Seliixipague);- Livre escolha do profissional de saúde (médico) em relação aos medicamentos e às estratégias terapêuticas de acordo com a necessidade do paciente com base nas recomendações científicas atuais.	dificuldade para realizar exames complementares na rede pública exigência de cateterismo direito mesmo para paciente idosos ou em estado clínico ruim	- Falta de regularidade no fornecimento dos medicamentos pelas secretarias estaduais, elevando o índice de óbitos.- Falta de leitos específicos para internação de pacientes graves de HAP.	
26/10/2016	Interessado no tema	Doença de Gaucher	Ruim	- Miglustate não deve ficar restrito à falha terapêutica ao Tratamento de Reposição Enzimática (TRE), precisa ser incluído como primeira linha de tratamento conforme consensos internacionais. Condições sócio-econômicas e particulares de cada paciente, t	- Pacientes que necessitam se ausentar do trabalho para se tratarem ou levarem seus familiares para a terapia de reposição enzimática em escassos centros preparados para este tipo de tratamento tem dificuldade para a adesão à TRE.- Em alguns estados, os p	Miglustate não apresenta interações medicamentosas importante conhecidas, sendo desnecessários exames para avaliar a velocidade de metabolização de drogas pelo paciente, como ocorre com o outra terapia de ISS existente.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Nova informações acerca dos protocolos de imunossupressão. Recente metanálise comparando azatioprina com micofenolato mostrou superioridade do micofenolato na perda do enxerto e no risco de rejeição. Referência: Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 3;(12):CD007746. doi: 10.1002/14651858.CD007746.pub2.O protocolo elige a azatioprina como primeira escolha o uso dos mTOR (sirolimus ou everolimus) somente podem ser usados neste protocolo em pacientes com história de neoplasia ou infecções com CMV repetidas. Evidências recentes mostram que eles podem ser combinados com tacrolimus ou ciclosporina em baixas doses resultado em benefícios como redução das taxas de infecção por CMV.No protocolo para o diagnóstico de rejeição mediada por anticorpos é necessário a presença obrigatória do marcador C4d. Esta exigência não é mais necessária em recente publicação do grupo de estudos do Banff.	A obrigatoriedade do uso de determinados imunossupressores como a azatioprina. Este imunossupressor é hoje pouco usado por ser menos seguro que substitutos mais novos como os derivados do ácido micofenólico ou inibidores da mTOR. O protocolo sugere que azatioprina tem a mesma eficácia que o micofenolato, fato este, que é debatido na literatura. Novas evidências sugerem que a azatioprina é inferior ao micofenolato.	Acho que o protocolo deve passar por uma revisão com os principais centros transplantadores do Brasil e refletir melhor as práticas locais de uso dos imunossupressores.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	Sobre o uso do Everolimo há indicação para adequar a dose prescrita para de obter um nível serviço de 3 a 8 ng/mL o que eu concordo. No entanto, há uma limitação de dose máxima de 5 mg/dia. Com isso, a assistência farmacêutica de Minas Gerais, por exemplo, não dispensa prescrições maiores que 5 mg/dia mesmo que o nível sérico seja menor que 3 ng/mL. Assim, sugiro que o limite de 5 mg de dose máxima seja removido, permanecendo a indicação de manter nível sérico entre 3 e 8 ng/mL	A dificuldade reside no limite de 5 mg/dia como dose máxima de Everolimo. Alguns pacientes necessitam de doses maiores que 5 mg/dia para atingir níveis serviços entre 3 a 8 ng/ml	Não	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	<p>Primeiramente gostaria de informar que sou professora Universitária, e dou aula para área da Saúde em uma renomada Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Lido com diversas pessoas no meu dia a dia e isso incluiu alunos, vidas, e muitas delas nos apegamos ao longo do tempo. Venho manifestar-me à essa Enquete devido a convivência com uma aluna que descobriu ser portadora de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP), a mais ou menos 4 anos atrás. Convivo com a luta diária dessa menina pela vida, e também a dificuldade de tratamento para tal doença. Através dela interessei-me pelo tema e comecei a ler e estudar sobre a causa, tratamentos disponíveis e até mesmo o PCDT disponível. Vejo alguns graves erros que esse atual PCDT possui:1 Não contempla terapia combinada, ou seja, uma paciente que necessita tomar duas drogas ao mesmo tempo não existe essa possibilidade e assim fica à mercê da justiça morosa desse país. Como estudei e li, através de literaturas publicadas e estudos clínicos, essa doença precisa ser combatida por mais de uma via metabólica, ou seja, a combinação de diferentes classes de medicamentos visa a atuação em diferentes vias patogênicas da doença. Como trata-se de doença progressiva, o uso exclusivo de uma única droga limita a ação a uma única via metabólica, sendo coerente a associação de outros medicamentos para se atingir a meta terapêutica desejada. Frente ao exposto, não há como ignorar o benefício da terapia combinada em pacientes portadores de HAP.2 Não deixa que o profissional de saúde, médico, que trata da doença possua livre escolha para o tratamento, que sabemos que é progressivo e possui classes funcionais de acordo com a OMS (I até IV) onde o paciente chega até o óbito. Limitando o paciente a começar sempre com o uso da Sildenafil, como primeira escolha do tratamento, sendo que essa, pode até adiantar para o início da doença, porém ao decorrer do tempo o uso da mesma com outra droga é essencial para qualidade de vida do paciente. Digo</p>	- Dificuldade de acesso ao tratamento já hoje aprovado. Muitas vezes faltam medicamentos na lista do SUS e com isso a demora do paciente em administrar o produto. Levando assim a piora da doença.- Já mencionado anteriormente, devido ao PCDT atual não cont	<p>Como já dito anteriormente por mim, e enfatizado, o governo precisa SEMPRE pensar na VIDA, a VIDA de pessoas como prioridade e não em orçamentos, e interesses alheios. Pacientes morrem, devido a não poder comprar medicamentos adequados para tratamentos, e com isso o governo tem a obrigação de cuidar e zelar pela população brasileira da melhor forma possível. Não estou pedindo nenhum absurdo, pois tudo que mencionei, são relatos comprovados através de anos de estudo clínico e também são drogas já aprovadas em outros países e inclusive aqui no Brasil. Peço ATENÇÃO do Governo Federal perante a essa doença, a essa causa, pois somente passamos a sofrer quando convivemos com pessoas que possui a doença. Muito obrigada, ainda confio nesse país e por isso que dediquei alguns minutos de meu dia, para manifestar-me perante a esse documento.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>Isso pois minha aula, começou fazendo uso da Sildenafil (somente pelo simples fato de estar no protocolo como primeira escolha) e após meses precisava iniciar o uso de um segundo medicamento que hoje está no protocolo, Bosentana, mas como não contempla o que mencionei acima, terapia combinada, a mesma precisou ir para justiça e esperar meses até a liberação do medicamento. Após o uso de ambos a qualidade de vida de minha aluna, mudou e a mesma fazia coisas que antes não estava conseguindo como ir até a Universidade assistir as aulas. Sendo assim o médico, possui o direito de escolher o tratamento que devido a seriedade da doença vai de paciente para paciente não limitando a uma droga inicial somente, ademais em todas as literaturas que li ao decorrer desses anos NENHUMA menciona tratamento de primeira linha como escolha ao tratamento de HAP.3 Inclusão de Novas terapias a esse protocolo, visando assim melhorar a qualidade de vida do paciente. Gostaria muito que todos os PCDT's fossem feitos sempre visando o paciente e não à Indústria ou aos orçamentos do governo. O paciente deve ser prioridade, a VIDA é prioridade e direito de cada indivíduo. Devido a esse fato, minha aluna, sempre a menciono como referência, pois a vida dela é um exemplo para mim, e ao passar do tempo tornou-se como se fosse uma filha. Ela conseguiu através da justiça e graças também pela insistência de seu médico em sempre tentar coisas novas e oportunas para ela, a droga chamada Macitentan, conhecida como nome comercial de Opsumit. Já verifiquei que a mesma possui registro na ANVISA e aprovada no país recentemente, mas mesmo antes disso já existem alguns pacientes fazendo o uso da mesma. Um relato vivo e posso comprovar que minha aluna, após começar o tratamento com essa nova droga é outra pessoa, mudou da água para o vinho. Hoje até dar pequenos trotes ela se arrisca, antes nem andar estava. E nítido que a qualidade de vida da mesma é outra, ela esta mais feliz, pode fazer as coisas que antes</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>não fazia. Devido a esse relato que posso atestar com meus olhos, peço a esse setor que considere a inclusão da droga Macitentan a esse protocolo quando revisado. Gosto, como uma professora universitária que sou, de sempre ler, estudar e ter comprovação das coisas antes de repassar e vejo que esse produto, Macitentan, possui um amplo estudo clínico (Seraphin, o nome) e com uma quantidade de pacientes que antes nenhum outro estudo apresentou. Isso precisa ser levado em consideração também no momento da revisão desse PCDT, e sobretudo, como já mencionei anteriormente, colocar sempre a VIDA dos pacientes portadores de HAP como prioridade e não modelos econômicos e interesses da Indústria que por sinal, nesse ponto merece elogios ao investir anos em estudar novas drogas para uma doença rara que acomete pequena parcela da população. Palmas a Indústria !!Aproveito, o gancho para mencionar uma outra droga que merece o respeito e a atenção desse setor, seria o Selexipag, que promete ser a nova esperança para o tratamento da HAP, atualmente já aprovada em renomados órgãos sanitários como FDA e EMA. Relatos lidos por mim, e também comprovados através dos estudos clínicos do produto, Grippon, esse produto associado à macitentan (digo essa, pois devido a experiência da minha aula esse medicamento, que trata-se de um ARE, mudou a qualidade de vida dela. Imagina se ele tivesse a oportunidade de tomar as duas drogas de maneira conjunta, pois tratam-se de vidas diferentes, sendo essa última um produto que atua na via da prostaciclina), promete mudar a qualidade de vida e a sobrevida do paciente portador de HAP. Portanto essa revisão deve levar em consideração a inclusão de ambos os medicamentos : Macitentan e Selexipag.</p>			
26/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Regular	<p>O documento merece ampla revisão de critérios diagnósticos, particularmente em relação a asma na criança e adolescente. Critérios de gravidade e controle da doença estão já desatualizados. Quanto ao uso do omalizumabe, estudos de vida real mais recentes, que incluem crianças, devem ser analisados, pois mostram impacto maior sobre a doença, particularmente em crianças.</p>	<p>Dificuldade de acesso e falta, em determinados períodos, de medicações utilizadas em asma grave (ex: corticoide inalado com beta-2 de longa ação). Melhor avaliação inicial e encaminhamento de pacientes graves para centros de referência.</p>	<p>Omalizumabe é indicado em uma minoria dos pacientes com asma grave, que apresentam uma doença extremamente incapacitante tanto em criança como em adultos. Sugiro revisão dos artigos de vida real mais recentes, e a última publicação do NICE do Reino Unido que aprova seu uso.</p>	
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>A adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas foi um avanço no tratamento das mais diversas condições clínicas e trazem vantagens absolutamente mensuráveis, a depender de sua implementação, não só no que diz respeito aos benefícios diretos aos pacientes mas também na otimização de recursos. Tal iniciativa deve ser congratulada e reforçada sempre que possível. Todavia, em situações de maior raridade, como é o caso da hipertensão arterial pulmonar (HAP), seria ainda mais efetiva a implantação se os grandes centros de tratamento desta condição tivessem sido consultados durante a elaboração do protocolo. Embora, mais uma vez, a iniciativa seja essencialmente positiva, o presente protocolo traz problemas muito significativos, alguns deles conceituais, que necessitariam revisão. Abaixo estão relacionados os pontos mais relevantes, de acordo com o item específico do PCDT atual 4 – Diagnóstico 4.3 – Exames complementares. Considerando o intuito do PCDT em normalizar a forma como o diagnóstico da HAP é realizado, é necessária a inclusão de outros testes, de forma a garantir a adequação da investigação diagnóstica. TSH e T4 livre - a associação de hipertensão pulmonar com alterações da função tireoidiana é algo conhecida(1). Tal fato é particularmente relevante na presença de hipertireoidismo, que deve ser prontamente revertido antes que a avaliação da hipertensão pulmonar prossiga, uma vez que a mesma pode ser revertida com o controle da alteração tireoidiana. Sugere-se a inclusão dos testes tireoidianos na relação de prova de função pulmonar – o PCDT cita a espirometria como exame de escolha para afastar doença restritiva ou obstrutiva; contudo, em muitos casos, é necessária a avaliação pulmonar completa com determinação de volumes e da difusão do monóxido de carbono para poder determinar se, de fato, não se trata de paciente com hipertensão pulmonar associada a doenças de parênquima (grupo 3). Embora a espirometria seja o exame mais disponível nacionalmente, ela é</p>	<p>A implantação em si não é um problema para nossa realidade; o problema está nas diretrizes sugeridas, conforme discussão colocada acima</p>	<p>Em doenças raras, faz-se necessário maior proximidade com os grandes centros de tratamento e pesquisa na área. Minha sugestão é que os especialistas na área sejam convocados antes da implantação de novo protocolo. Alguns centros do país são referência internacional em assistência e pesquisa no campo da hipertensão arterial pulmonar, certamente terão contribuições significativas a todo processo do PCDT, cuja iniciativa é digna de aplauso, mesmo precisando de ajustes significativos</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>insuficiente em proporção significativa dos casos. Sugere-se a alteração do item para prova de função pulmonar com determinação de volumes e difusão de CO ou no mínimo realização de espirometria. <del>Teste</del> teste agudo de vasoreatividade pulmonar – o PCDT menciona que o teste deve ser utilizado apenas para a forma idiopática da HAP; contudo, há dados que ressaltam a resposta em longo prazo aos bloqueadores de canal de cálcio também em pacientes com HAP induzida por drogas e na forma hereditária(2). Sugere-se a inclusão dessas duas sub-formas (HAP induzida por drogas/toxinas e HAP hereditária) no item.4.4 Avaliação da gravidadeO protocolo atual cita parâmetros clássicos para avaliação de gravidade, como o teste de caminhada de seis minutos, o cateterismo cardíaco direito e o ecocardiograma. Há de se considerar, contudo, que a reavaliação com cateterismo cardíaco direito não é uma realidade na maior parte dos centros. Embora seja realizada de rotina em nosso centro, é de disponibilidade limitada em muitos outros. O mesmo pode ser dito em relação ao ecocardiograma. Para diminuir o impacto desta limitação, sugere-se a inclusão de biomarcadores na relação de exames de seguimento, particularmente os peptídeos natriuréticos (3)Sugere-se a inclusão de peptídeos natriuréticos como parte dos marcadores de gravidade a serem avaliados rotineiramente 5 – Critérios de InclusãoAqui cabem modificações consideráveis. Além do grupo I – HAP, existem tratamentos específicos para pacientes do grupo IV – tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo. Além disso, o protocolo limita o tratamento a pacientes com teste de caminhada abaixo de 500 metros e de acordo com classe funcional. Não existem dados sugerindo que o tratamento seja não efetivo em pacientes com teste de caminhada conforme sugerido; mais ainda, existem dados que dão base ao tratamento de pacientes em fases menos sintomáticas da doença (4). Além disso, em situações clínicas em que o rastreamento não é apenas possível, como também des</p>			
				<p>ejável, como na esclerose sistêmica, a intenção é iniciar a intervenção o quanto antes, visando interferir no prognóstico de forma mais efetiva (5)Outro ponto é a menção que o teste de vasoreatividade precisa ser negativo em caso de tratamento com sildenafila ou iloprosta – na verdade, antes de qualquer tratamento específico, caso o paciente possua HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas, é necessário o teste negativo.Por fim, o PCDT sugere que o tratamento com antagonistas dos receptores de endotelina só deve ser iniciado após falha terapêutica com sildenafila ou iloprosta, não havendo continuidade dessas terapias. Aqui há um problema grave, conceitual, que pode trazer riscos aos pacientes. Não existem dados que deem suporte a tal sugestão. Não se sabe o risco envolvido em uma eventual substituição, até porque na ausência de resposta suficiente, não se pode afastar efeito da medicação no retardo da progressão, o quê em si, já traduz resultado. Esse ponto será discutido no item referente a combinação.Sugestões <del>Retirar</del> os itens referentes ao teste de caminhada de seis minutos e à classe funcional <del>Acrescentar</del> hipertensão pulmonar associada ao tromboembolismo pulmonar crônico (grupo IV) <del>Exigir</del> o teste de vasoreatividade negativo para pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas/toxinas antes de qualquer tratamento específico para HAP. <del>Retirar</del> o item que sugere que o uso de antagonistas dos receptores de endotelina só devem ser utilizados na ausência de resposta ao tratamento inicial com sildenafila ou iloprosta6 – Critérios de Exclusão <del>7</del> doença venooclusiva tem tratamento semelhante ao tratamento das demais formas do grupo I – HAP; desta forma, não deve ser considerada como critério de exclusão (6) <del>8</del> PCDT usa erroneamente a expressão HAP quando se refere às demais formas de hipertensão pulmonar. HAP se refere apenas a hipertensão arterial pulmonar, ou seja, às formas presentes no grupo I da classificação atual (7) <del>Retirar</del> o grupo</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>IV como critério de exclusão, uma vez que ele tem tratamento específico e pode ser incluído neste PCDT (vide abaixo) Desta forma, sugere-se: Retirar doença venooclusiva dos critérios de exclusão Retirar grupo IV dos critérios de exclusão Borrigar o uso do termo HAP7 – Centro de referência A instituição de centros de referência tem particular importância no manejo de doenças menos frequentes. Mas também trazem uma oportunidade de otimização de recursos e maior comunicação entre a coordenação de atenção à saúde e os agentes promotores. O PCDT foi bastante feliz ao mencionar os centros de referência mas não criou critérios objetivos para definição dos mesmos nem os normatizou. Sugere-se: criar uma comissão para sugestão de critérios mínimos para definição de um centro de referência em hipertensão pulmonar, normatizando a criação e avaliação dos mesmos 8 – Tratamento 8.2 – Terapia medicamentosa Bloqueadores dos canais de cálcio importante ressaltar que só existem dados evidenciando resposta de longo prazo aos bloqueadores de canal de cálcio para pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas/toxinas Sugere-se: Ressaltar que bloqueadores de canais de cálcio só devem ser utilizados em pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas/toxinas que possuam teste de vasorreatividade positivo Novos medicamentos Ao longo dos últimos anos, novos fármacos foram estudados para o tratamento tanto da HAP quanto do tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo (grupo IV), particularmente o riociguate, a macitentan e o selezipague (8-10). Como o selezipague não se encontra aprovado no país, sua inclusão no PCDT não será discutida. Se assim o fosse, necessitaríamos discutir a inclusão também do epoprostenol, até o momento considerada como medicamento mais efetivo no tratamento da HAP, por ter demonstrado efeito direto na mortalidade em ensaio clínico randomizado (11). Riociguate Dois ensaios clínicos randomizados avaliaram o papel do riociguate, um estimula</p>			
				<p>dor da guanilato ciclase solúvel, no tratamento da HAP e do tromboembolismo pulmonar crônico, respectivamente. Em ambos, o uso do riociguate levou à melhora do teste de caminhada de 6 minutos e à melhora de vários dos desfechos secundários (9, 10). No Brasil, o riociguate está aprovado para o tratamento do tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo, ressaltando-se que são candidatos ao tratamento medicamentoso os pacientes que foram avaliados em centro de referência para a realização da tromboendarterectomia como tratamento de primeira linha para o tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo e que tiveram a cirurgia contraindicada ou ainda apresentam hipertensão pulmonar residual após a realização da cirurgia Sugere-se: Incluir o riociguate como tratamento do tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo, para pacientes com hipertensão pulmonar residual pós-operatória ou com contra-indicação à realização da cirurgia Macitentan Recente estudo clínico evidenciou que o uso de macitentan, um antagonista dos receptores de endotelina, foi capaz de diminuir a progressão da hipertensão arterial pulmonar tanto em pacientes sem tratamento prévio, quanto em pacientes já em uso de inibidores de fosfodiesterase (12). O estudo é particularmente robusto, tendo sido o primeiro a utilizar como desfecho primário o tempo até piora clínica. Todavia, faz-se necessária a análise farmacoeconômica para que se decida por incorporar ou não a macitentan no rol de tratamentos para HAP Sugere-se: Avaliar os dados farmacoeconômicos da macitentan antes de considerar incorporação no PCDT 8.4 Linhas de tratamento Aqui é necessário reconsideração importante. O PCDT atual colocou como primeira linha a iloprost. Vários problemas são associados a essa recomendação. De todas as medicações em uso no mundo para HAP, a iloprost é a única que não tem dados sugestivos de melhora de mortalidade nem mesmo em estudos retrospectivos. Além disso, a droga não existe comercialmente no país, nem é dispensada rot</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>ineiramente; desta forma, coloca-se como primeira linha uma droga menos eficaz e não disponível. Quanto a colocar o sildenafil como primeira linha também, não há grandes objeções, exceto pelo fato que deve-se considerar o custo quando doses maiores são utilizadas. Outro ponto importante é a definição de falha terapêutica e a recomendação de retirada do fármaco de primeira linha antes de administrar o segundo fármaco. Como já mencionado e como será mencionado no racional para tratamento combinado, não há dados de segurança quanto à retirada da primeira droga. Sugere-se: retirada da iloprost como droga de primeira linha e colocação como droga de terceira linha, garantindo-se sua disponibilidade nas farmácias de dispensação. 8.9 Terapia combinada em hipertensão arterial pulmonar. Ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento de medicamentos específicos mudou de forma muito significativa o tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP). São três as vias fisiopatológicas alvo dos medicamentos atualmente disponíveis: a via da prostaciclina, do óxido nítrico e da endotelina-1 (13). Uma meta-análise dos ensaios clínicos randomizados evidenciou que o uso destas medicações reduziu em 40% a mortalidade associada à HAP (14), algo particularmente relevante considerando-se que, anteriormente, a sobrevida média dos pacientes era de cerca de dois anos e meio (15). Por serem direcionadas a vias fisiopatológicas distintas e pelo fato do prognóstico da HAP, apesar da melhora inequívoca, ainda ser reservado, com mortalidade de cerca de 10 a 15% ao ano (16-18), a combinação de medicamentos de cada uma dessas vias foi a alternativa natural na evolução do tratamento. Desde então, vários estudos analisaram o impacto da combinação de medicamentos no manejo de pacientes com HAP, seja diretamente, seja como análise de subgrupo, demonstrando que a adição de um segundo medicamento leva à melhora da capacidade de exercício, melhora hemodinâmica e retardo na progressão da doença, caracterizado por</p>			
				<p>incipalmente por diminuição no número de internações e pelo aumento no tempo até piora de sintomas (8, 12, 19-21). Mais recentemente, um grande ensaio clínico randomizado comparou a abordagem inicial com dois medicamentos contra a abordagem com monoterapia e evidenciou que o tratamento inicial já com combinação foi associado à diminuição significativa da progressão de doença, com retardo na piora de sintomas e diminuição das hospitalizações. Vale ressaltar que além do impacto de custo, hospitalizações são diretamente associadas a pior mortalidade em HAP (22). Uma meta-análise publicada agora em 2016, incluindo 17 estudos que avaliaram o papel da terapia combinada no tratamento da HAP, confirmou esses achados (23). O uso do tratamento combinado não apenas foi relacionado à melhora na capacidade de exercício (mensurada através do teste de caminhada de seis minutos) mas, principalmente, associada a menor deterioração clínica. Mais importante, o efeito benéfico associado ao uso de terapia combinada foi consistente em todos os subgrupos analisados, incluindo-se todas as classes de medicamentos. Esses dados reforçam o conceito de que, na HAP, uma situação clínica com taxas ainda inaceitáveis de mortalidade, o uso de terapia combinada é superior ao tratamento com monoterapia no controle da progressão da doença, mesmo considerando a ausência de dados avaliando diretamente o impacto desta estratégia terapêutica na mortalidade. Mais ainda, faz-se necessário ressaltar a ausência de quaisquer dados dando base à substituição de medicamentos de diferentes classes quando a resposta inicial ao tratamento com monoterapia é insuficiente. Se possível, tal abordagem seria desejável, a fim de evitar uso desnecessário de medicamentos; contudo, não existem dados de segurança e muito menos de efetividade de tal abordagem. Mais uma vez, considerando a mortalidade associada à HAP, a substituição sugerida no protocolo atual não apenas carece de dados quanto a sua aplicabilidade, como pode significar</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>car um risco aos pacientes.É necessária a revisão do protocolo atual no que diz respeito ao uso de terapia combinada na HAP. Não apenas não pode ser sugerida a substituição de medicamentos de diferentes classes, como a possibilidade de combinação deve ser contemplada de forma mais objetiva. A sugestão é de que os pacientes iniciem o tratamento com monoterapia e que sejam reavaliados quanto à resposta terapêutica em até 4 meses; no caso de resposta inadequada ou insuficiente, deve ser permitida a combinação com medicamentos de classes distintas a que foi utilizada como primeira linha. Tal abordagem possui hoje dados suficientes para embasá-la como recomendação.Sugere-se retirar a sugestão de retirada de primeira linha para a administração do segundo fármaco.Sugerir monoterapia inicial como terapia padrão, com reavaliação em até 4 meses e possibilidade de combinação.1.BJ JH, Safford RE, Aduen JF, Heckman MG, Crook JE, Burger CD. Pulmonary hypertension and thyroid disease. Chest. 2007 Sep;132(3):793-7. PubMed PMID: 17646226.2.Montani D, Savale L, Natali D, Jais X, Herve P, Garcia G, et al. Long-term response to calcium-channel blockers in non-idiopathic pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2010 Aug;31(15):1898-907. PubMed PMID: 20543192.3.Souza R, Jardim C, Julio Cesar Fernandes C, Silveira Lapa M, Rabelo R, Humbert M. NT-proBNP as a tool to stratify disease severity in pulmonary arterial hypertension. Respiratory medicine. 2007 Jan;101(1):69-75. PubMed PMID: 16781131.4.Galle N, Rubin L, Hoepfer M, Jansa P, Al-Hiti H, Meyer G, et al. Treatment of patients with mildly symptomatic pulmonary arterial hypertension with bosentan (EARLY study): a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2008;9630:2093-100.5.Humbert M, Yaici A, de Groote P, Montani D, Sitbon O, Launay D, et al. Screening for pulmonary arterial hypertension in patients with systemic sclerosis: clinical characteristics at diagnosis and long-term survival. Arthritis and rheuma</p>			
				<p>tism. 2011 Nov;63(11):3522-30. PubMed PMID: 21769843.6.Montani D, Lau EM, Dorfmueller P, Girerd B, Jais X, Savale L, et al. Pulmonary veno-occlusive disease. The European respiratory journal. 2016 May;47(5):1518-34. PubMed PMID: 27009171.7.Simonneau G, Gatzoulis MA, Adatia I, Celermajer D, Denton C, Ghofrani A, et al. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. Journal of the American College of Cardiology. 2013 Dec 24;62(25 Suppl):D34-41. PubMed PMID: 24355639.8.Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galle N, et al. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Dec 24;373(26):2522-33. PubMed PMID: 26699168.9.Ghofrani HA, D'Armini AM, Grimminger F, Hoepfer MM, Jansa P, Kim NH, et al. Riociguat for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. The New England journal of medicine. 2013 Jul 25;369(4):319-29. PubMed PMID: 23883377.10.Ghofrani HA, Grimminger F, Grünig E, Humbert M, Jing ZC, Keogh AM, Langleben D, Kilama MO, Fritsch A, Neuser D, Rubin LJ; PATENT-1 Study Group. Riociguat for the treatment of pulmonary arterial hypertension. N Eng J Med. 2013;369(4):330-40.11.Barst RJ, Rubin LJ, Long WA, McGoon MD, Rich S, Badesch DB, et al. A comparison of continuous intravenous epoprostenol (prostacyclin) with conventional therapy for primary pulmonary hypertension. The New England journal of medicine. 1996 Feb 1;334(5):296-301. PubMed PMID: 8532025.12.Bulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galle N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728.13.Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Treatment of pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2004 Sep 30;351(14):1425-36. PubMed PMID: 15459304.14.Galle N, Manes A, Negro L, Palazzini M, Bacchi-Reggiani ML, Branzi A. A meta-analysis of randomized control</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>led trials in pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2009 Feb;30(4):394-403. PubMed PMID: 19155250. Pubmed Central PMCID: 2642921.15. <b>B</b>Alonso GE, Barst RJ, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Annals of internal medicine. 1991 Sep 1;115(5):343-9. PubMed PMID: 1863023.16. <b>B</b>umbert M, Simonneau G. Survival in patients with idiopathic, familial and anorexigen-associated pulmonary arterial hypertension in the modern management era. The European respiratory journal. 2009;34(Suppl 53):700S Abstract.17. <b>B</b>enza RL, Miller DP, Gomberg-Maitland M, Frantz RP, Foreman AJ, Coffey CS, et al. Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL). Circulation. 2010 Jul 13;122(2):164-72. PubMed PMID: 20585012.18. <b>B</b>lives JIL, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CJCS, Morinaga LTK, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: Results from a registry of incident brazilian cases. Chest. 2015;147(2):495-501.19. <b>B</b>hofrani H, Galie N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langenbrun D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4_MeetingAbstracts).20. <b>S</b>imonneau G, Rubin L, Galie N, Barst R, Fleming T, Frost A, et al. Addition of sildenafil to long-term intravenous epoprostenol therapy in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized trial. Annals of internal medicine. 2008;149(8):521-30.21. <b>B</b>alle N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-44. PubMed PMID: 26308684.22. <b>B</b>urger CD, Long PK, Shah MR, McGoon MD, Miller DP, Romero AJ, et</p>			
				<p>al. Characterization of first-time hospitalizations in patients with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension in the REVEAL registry. Chest. 2014 Nov;146(5):1263-73. PubMed PMID: 24901386. Pubmed Central PMCID: 4219341.23. <b>B</b>ajoie AC, Lauzier G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. PubMed PMID: 26935844.</p>			
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>Comentários quanto ao PCDT- Hipertensão Arterial Pulmonar A adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas foi um avanço no tratamento das mais diversas condições clínicas e trazem vantagens absolutamente mensuráveis, a depender de sua implementação, não só no que diz respeito aos benefícios diretos aos pacientes mas também na otimização de recursos. Tal iniciativa deve ser congratulada e reforçada sempre que possível. Todavia, em situações de maior raridade, como é o caso da hipertensão arterial pulmonar (HAP), seria ainda mais efetiva a implantação se os grandes centros de tratamento desta condição tivessem sido consultados durante a elaboração do protocolo. Embora, mais uma vez, a iniciativa seja essencialmente positiva, o presente protocolo traz problemas muito significativos, alguns deles conceituais, que necessitariam revisão. Abaixo estão relacionados os pontos mais relevantes, de acordo com o item específico do PCDT atual.4 – Diagnóstico4.3 – Exames complementares Considerando o intuito do PCDT em normatizar a forma como o diagnóstico da HAP é realizado, é necessária a inclusão de outros testes, de forma a garantir a adequação da investigação diagnóstica. TSH e T4 livre - a associação de hipertensão pulmonar com alterações da função tireoidiana é algo conhecida(1). Tal fato é particularmente relevante na presença de hipertireoidismo, que deve ser prontamente revertido antes que a avaliação da hipertensão pulmonar prossiga, uma vez que a mesma pode ser revertida com o controle da alteração tireoidiana. Sugere-se a inclusão dos testes tireoidianos na relação. Prova de função pulmonar – o PCDT cita a espirometria como exame de escolha para afastar doença restritiva ou obstrutiva; contudo, em muitos casos, é necessária a avaliação pulmonar completa com determinação de volumes e da difusão do monóxido de carbono para poder determinar se, de fato, não se trata de paciente com hipertensão pulmonar associada a doenças de parênquima (grupo 3). Embora a espiro</p>	A implantação em si não é um problema para nossa realidade; o problema está nas diretrizes sugeridas, conforme discussão colocada acima	Em doenças raras, faz-se necessário maior proximidade com os grandes centros de tratamento e pesquisa na área. Minha sugestão é que os especialistas na área sejam convocados antes da implantação de novo protocolo. Alguns centros do país são referência internacional em assistência e pesquisa no campo da hipertensão arterial pulmonar; certamente terão contribuições significativas a todo processo do PCDT, cuja iniciativa é digna de aplauso, mesmo precisando de ajustes significativos	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>metria seja o exame mais disponível nacionalmente, ela é insuficiente em proporção significativa dos casos. Sugere-se a alteração do item para prova de função pulmonar com determinação de volumes e difusão de CO ou no mínimo realização de espirometria-teste agudo de vasorreatividade pulmonar – o PCDT menciona que o teste deve ser utilizado apenas para a forma idiopática da HAP; contudo, há dados que ressaltam a resposta em longo prazo aos bloqueadores de canal de cálcio também em pacientes com HAP induzida por drogas e na forma hereditária(2). Sugere-se a inclusão dessas duas sub-formas (HAP induzida por drogas/toxinas e HAP hereditária) no item.4.4 Avaliação da gravidadeO protocolo atual cita parâmetros clássicos para avaliação de gravidade, como o teste de caminhada de seis minutos, o cateterismo cardíaco direito e o ecocardiograma. Há de se considerar, contudo, que a reavaliação com cateterismo cardíaco direito não é uma realidade na maior parte dos centros. Embora seja realizada de rotina em nosso centro, é de disponibilidade limitada em muitos outros. O mesmo pode ser dito em relação ao ecocardiograma. Para diminuir o impacto desta limitação, sugere-se a inclusão de biomarcadores na relação de exames de seguimento, particularmente os peptídeos natriuréticos (3)Sugere-se a inclusão de peptídeos natriuréticos como parte dos marcadores de gravidade a serem avaliados rotineiramente 5 – Critérios de InclusãoAqui cabem modificações consideráveis. Além do grupo I – HAP, existem tratamentos específicos para pacientes do grupo IV – tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo. Além disso, o protocolo limita o tratamento a pacientes com teste de caminhada abaixo de 500 metros e de acordo com classe funcional. Não existem dados sugerindo que o tratamento seja não efetivo em pacientes com teste de caminhada conforme sugerido; mais ainda, existem dados que dão base ao tratamento de pacientes em fases menos sintomáticas da doença (4). Além disso, em situações clínicas em</p>			
				<p>que o rastreamento não é apenas possível, como também desejável, como na esclerose sistêmica, a intenção é iniciar a intervenção o quanto antes, visando interferir no prognóstico de forma mais efetiva (5)Outro ponto é a menção que o teste de vasorreatividade precisa ser negativo em caso de tratamento com sildenafil ou iloprostá – na verdade, antes de qualquer tratamento específico, caso o paciente possua HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas, é necessário o teste negativo.Por fim, o PCDT sugere que o tratamento com antagonistas dos receptores de endotelina só deve ser iniciado após falha terapêutica com sildenafil ou iloprostá, não havendo continuidade dessas terapias. Aqui há um problema grave, conceitual, que pode trazer riscos aos pacientes. Não existem dados que deem suporte a tal sugestão. Não se sabe o risco envolvido em uma eventual substituição, até porque na ausência de resposta suficiente, não se pode afastar efeito da medicação no retardo da progressão, o que em si, já traduz resultado. Esse ponto será discutido no item referente a combinação.Sugestões- Retirar os itens referentes ao teste de caminhada de seis minutos e à classe funcional- acrescentar hipertensão pulmonar associada ao tromboembolismo pulmonar crônico (grupo IV)- Incluir o teste de vasorreatividade negativo para pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas/toxinas antes de qualquer tratamento específico para HAP.- Retirar o item que sugere que o uso de antagonistas dos receptores de endotelina só devem ser utilizados na ausência de resposta ao tratamento inicial com sildenafil ou iloprostá6 – Critérios de Exclusão- A doença venoclusiva tem tratamento semelhante ao tratamento das demais formas do grupo I – HAP; desta forma, não deve ser considerada como critério de exclusão (6)- PCDT usa erroneamente a expressão HAP quando se refere às demais formas de hipertensão pulmonar. HAP se refere apenas a hipertensão arterial pulmonar, ou seja, às formas present</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>es no grupo I da classificação atual (7) Retirar o grupo IV como critério de exclusão, uma vez que ele tem tratamento específico e pode ser incluído neste PCDT (vide abaixo) Desta forma, sugere-se: Retirar doença venoclusiva dos critérios de exclusão Retirar grupo IV dos critérios de exclusão Corrigir o uso do termo HAP7 – Centro de referência A instituição de centros de referência tem particular importância no manejo de doenças menos frequentes. Mas também traduzem uma oportunidade de otimização de recursos e maior comunicação entre a coordenação de atenção à saúde e os agentes promotores. O PCDT foi bastante feliz ao mencionar os centros de referência mas não criou critérios objetivos para definição dos mesmos nem os normatizou. Sugere-se: criar uma comissão para sugestão de critérios mínimos para definição de um centro de referência em hipertensão pulmonar, normatizando a criação e avaliação dos mesmos 8 – Tratamento 8.2 – Terapia medicamentosa Bloqueadores dos canais de cálcio importante ressaltar que só existem dados evidenciando resposta de longo prazo aos bloqueadores de canal de cálcio para pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas/toxinas Sugere-se: Ressaltar que bloqueadores de canais de cálcio só devem ser utilizados em pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por drogas/toxinas que possuam teste de vasorreatividade positivo Novos medicamentos Ao longo dos últimos anos, novos fármacos foram estudados para o tratamento tanto da HAP quanto do tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo (grupo IV), particularmente o riociguate, a macitentana e o selexipague (8-10). Como o selexipague não se encontra aprovado no país, sua inclusão no PCDT não será discutida. Se assim o fosse, necessitaríamos discutir a inclusão também do epoprostenol, até o momento considerada como medicamento mais efetivo no tratamento da HAP, por ter demonstrado efeito direto na mortalidade em ensaio clínico randomizado (11). Riociguate Dois ensaios clínicos</p>			
				<p>randomizados avaliaram o papel do riociguate, um estimulador da guanilato ciclase solúvel, no tratamento da HAP e do tromboembolismo pulmonar crônico, respectivamente. Em ambos, o uso do riociguate levou à melhora do teste de caminhada de 6 minutos e à melhora de vários dos desfechos secundários (9, 10). No Brasil, o riociguate está aprovado para o tratamento do tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo, ressaltando-se que são candidatos ao tratamento medicamentoso os pacientes que foram avaliados em centro de referência para a realização da tromboendarterectomia como tratamento de primeira linha para o tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo e que tiveram a cirurgia contraindicada ou ainda apresentam hipertensão pulmonar residual após a realização da cirurgia Sugere-se: Incluir o riociguate como tratamento do tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo, para pacientes com hipertensão pulmonar residual pós-operatória ou com contra-indicação à realização da cirurgia Macitentana Recente estudo clínico evidenciou que o uso de macitentana, um antagonista dos receptores de endotelina, foi capaz de diminuir a progressão da hipertensão arterial pulmonar tanto em pacientes sem tratamento prévio, quanto em pacientes já em uso de inibidores de fosfodiesterase (12). O estudo é particularmente robusto, tendo sido o primeiro a utilizar como desfecho primário o tempo até piora clínica. Todavia, faz-se necessária a análise farmacoeconômica para que se decida por incorporar ou não a macitentana no rol de tratamentos para HAP Sugere-se: Avaliar os dados farmacoeconômicos da macitentana antes de considerar incorporação no PCDT 8.4 Linhas de tratamento Aqui é necessário reconsideração importante. O PCDT atual colocou como primeira linha a iloprost. Vários problemas são associados a essa recomendação. De todas as medicações em uso no mundo para HAP, a iloprost é a única que não tem dados sugestivos de melhora de mortalidade nem mesmo em estudos retrospectivos. Além disso, a drog</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>a não existe comercialmente no país, nem é dispensada rotineiramente; desta forma, coloca-se como primeira linha uma droga menos eficaz e não disponível. Quanto a colocar o sildenafil como primeira linha também, não há grandes objeções, exceto pelo fato que deve-se considerar o custo quando doses maiores são utilizadas. Outro ponto importante é a definição de falha terapêutica e a recomendação de retirada do fármaco de primeira linha antes de administrar o segundo fármaco. Como já mencionado e como será mencionado no racional para tratamento combinado, não há dados de segurança quanto à retirada da primeira droga. Sugere-se:- retirada da iloprost como droga de primeira linha e colocação como droga de terceira linha, garantindo-se sua disponibilidade nas farmácias de dispensação. 8.9 Terapia combinada em hipertensão arterial pulmonar. Ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento de medicamentos específicos mudou de forma muito significativa o tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP). São três as vias fisiopatológicas alvo dos medicamentos atualmente disponíveis: a via da prostaciclina, do óxido nítrico e da endotelina-1 (13). Uma meta-análise dos ensaios clínicos randomizados evidenciou que o uso destas medicações reduziu em 40% a mortalidade associada à HAP (14), algo particularmente relevante considerando-se que, anteriormente, a sobrevida média dos pacientes era de cerca de dois anos e meio (15). Por serem direcionadas a vias fisiopatológicas distintas e pelo fato do prognóstico da HAP, apesar da melhora inequívoca, ainda ser reservado, com mortalidade de cerca de 10 a 15% ao ano (16-18), a combinação de medicamentos de cada uma dessas vias foi a alternativa natural na evolução do tratamento. Desde então, vários estudos analisaram o impacto da combinação de medicamentos no manejo de pacientes com HAP, seja diretamente, seja como análise de subgrupo, demonstrando que a adição de um segundo medicamento leva à melhora da capacidade de exercício, melhora hemodin</p>			
				<p>âmica e retardo na progressão da doença, caracterizado principalmente por diminuição no número de internações e pelo aumento no tempo até piora de sintomas (8, 12, 19-21). Mais recentemente, um grande ensaio clínico randomizado comparou a abordagem inicial com dois medicamentos contra a abordagem com monoterapia e evidenciou que o tratamento inicial já com combinação foi associado à diminuição significativa da progressão de doença, com retardo na piora de sintomas e diminuição das hospitalizações. Vale ressaltar que além do impacto de custo, hospitalizações são diretamente associadas a pior mortalidade em HAP (22). Uma meta-análise publicada agora em 2016, incluindo 17 estudos que avaliaram o papel da terapia combinada no tratamento da HAP, confirmou esses achados (23). O uso do tratamento combinado não apenas foi relacionado à melhora na capacidade de exercício (mensurada através do teste de caminhada de seis minutos) mas, principalmente, associada a menor deterioração clínica. Mais importante, o efeito benéfico associado ao uso de terapia combinada foi consistente em todos os subgrupos analisados, incluindo-se todas as classes de medicamentos. Esses dados reforçam o conceito de que, na HAP, uma situação clínica com taxas ainda inaceitáveis de mortalidade, o uso de terapia combinada é superior ao tratamento com monoterapia no controle da progressão da doença, mesmo considerando a ausência de dados avaliando diretamente o impacto desta estratégia terapêutica na mortalidade. Mais ainda, faz-se necessário ressaltar a ausência de quaisquer dados dando base à substituição de medicamentos de diferentes classes quando a resposta inicial ao tratamento com monoterapia é insuficiente. Se possível, tal abordagem seria desejável, a fim de evitar uso desnecessário de medicamentos; contudo, não existem dados de segurança e muito menos de efetividade de tal abordagem. Mais uma vez, considerando a mortalidade associada à HAP, a substituição sugerida no protocolo atual não apenas care</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>ce de dados quanto a sua aplicabilidade, como pode significar um risco aos pacientes. É necessária a revisão do protocolo atual no que diz respeito ao uso de terapia combinada na HAP. Não apenas não pode ser sugerida a substituição de medicamentos de diferentes classes, como a possibilidade de combinação deve ser contemplada de forma mais objetiva. A sugestão é de que os pacientes iniciem o tratamento com monoterapia e que sejam reavaliados quanto à resposta terapêutica em até 4 meses; no caso de resposta inadequada ou insuficiente, deve ser permitida a combinação com medicamentos de classes distintas a que foi utilizada como primeira linha. Tal abordagem possui hoje dados suficientes para embasá-la como recomendação. Sugere-se retirar a sugestão de retirada de primeira linha para a administração do segundo fármaco. Iniciar monoterapia inicial como terapia padrão, com reavaliação em até 4 meses e possibilidade de combinação.</p> <p>1. B JH, Safford RE, Aduen JF, Heckman MG, Crook JE, Burger CD. Pulmonary hypertension and thyroid disease. Chest. 2007 Sep;132(3):793-7. PubMed PMID: 17646226.</p> <p>2. Montani D, Savale L, Natali D, Jais X, Herve P, Garcia G, et al. Long-term response to calcium-channel blockers in non-idiopathic pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2010 Aug;31(15):1898-907. PubMed PMID: 20543192.</p> <p>3. Souza R, Jardim C, Julio Cesar Fernandes C, Silveira Lapa M, Rabelo R, Humbert M. NT-proBNP as a tool to stratify disease severity in pulmonary arterial hypertension. Respiratory medicine. 2007 Jan;101(1):69-75. PubMed PMID: 16781131.</p> <p>4. Sale N, Rubin L, Hoepfer M, Jansa P, Al-Hiti H, Meyer G, et al. Treatment of patients with mildly symptomatic pulmonary arterial hypertension with bosentan (EARLY study): a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2008;9630:2093-100.</p> <p>5. Humbert M, Yaici A, de Groote P, Montani D, Sitbon O, Launay D, et al. Screening for pulmonary arterial hypertension in patients with systemic sclerosis: clinical characteristics</p>			
				<p>at diagnosis and long-term survival. Arthritis and rheumatism. 2011 Nov;63(11):3522-30. PubMed PMID: 21769843.</p> <p>6. Montani D, Lau EM, Dorfmueller P, Girerd B, Jais X, Savale L, et al. Pulmonary veno-occlusive disease. The European respiratory journal. 2016 May;47(5):1518-34. PubMed PMID: 27009171.</p> <p>7. Simonneau G, Gatzoulis MA, Adatia I, Celermajer D, Denton C, Ghofrani A, et al. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. Journal of the American College of Cardiology. 2013 Dec 24;62(25 Suppl):D34-41. PubMed PMID: 24355639.</p> <p>8. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galle N, et al. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Dec 24;373(26):2522-33. PubMed PMID: 26699168.</p> <p>9. Ghofrani HA, D'Armini AM, Grimminger F, Hoepfer MM, Jansa P, Kim NH, et al. Riociguat for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. The New England journal of medicine. 2013 Jul 25;369(4):319-29. PubMed PMID: 23883377.</p> <p>10. Ghofrani HA, Grimminger F, Grünig E, Humbert M, Jing ZC, Keogh AM, Langleben D, Kilama MO, Fritsch A, Neuser D, Rubin LJ, PATENT-1 Study Group. Riociguat for the treatment of pulmonary arterial hypertension. N Eng J Med. 2013;369(4):330-40.</p> <p>11. Barst RJ, Rubin LJ, Long WA, McGoon MD, Rich S, Badesch DB, et al. A comparison of continuous intravenous epoprostenol (prostanol) with conventional therapy for primary pulmonary hypertension. The New England journal of medicine. 1996 Feb 1;334(5):296-301. PubMed PMID: 8532025.</p> <p>12. Bulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galle N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728.</p> <p>13. Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Treatment of pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2004 Sep 30;351(14):1425-36. PubMed PMID: 15459304.</p> <p>14. Sale N, Manes A, Negro L, Palazzini M, Bacchi-Reg</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				giani ML, Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2009 Feb;30(4):394-403. PubMed PMID: 19155250. Pubmed Central PMCID: 2642921.15. Alonzo GE, Barst RJ, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Annals of internal medicine. 1991 Sep 1;115(5):343-9. PubMed PMID: 1863023.16. Humbert M, Simonneau G. Survival in patients with idiopathic, familial and anorexigen-associated pulmonary arterial hypertension in the modern management era. The European respiratory journal. 2009;34(Suppl 53):700S Abstract.17. Benza RL, Miller DP, Gomberg-Maitland M, Frantz RP, Foreman AJ, Coffey CS, et al. Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: Insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL). Circulation. 2010 Jul 13;122(2):164-72. PubMed PMID: 20585012.18. Alves JIL, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CICdS, Morinaga LTK, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: Results from a registry of incident Brazilian cases. Chest. 2015;147(2):495-501.19. Ghofrani H, Galie N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langiebon D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4. Meeting Abstracts).20. Simonneau G, Rubin L, Galie N, Barst R, Fleming T, Frost A, et al. Addition of sildenafil to long-term intravenous epoprostenol therapy in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized trial. Annals of internal medicine. 2008;149(8):521-30.21. Galie N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoeper MM, McLaughlin VV, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-44. PubMed PMID: 26308684.22. Burger			
				CD, Long PK, Shah MR, McGoon MD, Miller DP, Romero AJ, et al. Characterization of first-time hospitalizations in patients with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension in the REVEAL registry. Chest. 2014 Nov;146(5):1263-73. PubMed PMID: 24901386. Pubmed Central PMCID: 4219341.23. Bajaj AC, Lauzier G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. PubMed PMID: 26935844.			
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Muito boa	O DENOSUMABE POSSUI EVIDENCIAS CIENTIFICAS IGUAIS OU SUPERIORES AOS DEMAIS ANTIRREABSORTIVOS ( MAIS ESPECIFICAMENTE OS BISFOSFONATOS ). A ADESAO É MELHOR COM DENOSUMABE (1ML SUBCUTANEO SEMESTRAL). A FARMACOCINETICA É DIFERENTE POIS NAO SE DEPOSITA NO OSSO. O DENOSUMABE POSSUI RESULTADOS COM EXCELENTE AMOSTRA POPULACIONAL E DEZ ANOS DE TRATAMENTO. O DESENHO DO ESTUDO OBEDECEU AS NORMAS CIENTIFICAS RIGOROSAS PARA SEGURANCA. NO BRASIL É COMERCIALIZADO DESDE 2012. OS RESULTADOS DA TERAPIA SAO EXCELENTES. NAO AFETA A FUNCAO RENAL NEM HEPATICA.	FALTA DE PERCEPÇÃO DE QUE A PREVENÇÃO DE UMA FRATURA SAI MUITAS VEZES MAIS BARATO DO QUE O SEU TRATAMENTO. O RESULTADO DE UM TRATAMENTO PODE MANIFESTAR-SE NA PRÁTICA POR MENOS FRATURAS RAPIDAMENTE DESDE 01 ANO E PERMANECER COM EFICÁCIA ANTI-FRATURA SUSTENTADA POR ATÉ 10 ANOS DE TRATAMENTO.	DISPONIBILIZO BIBLIOGRAFIA INTERNACIONAL DE REVISÃO DO TEMA DE OUTUBRO DE 2016 QUE RESPALDA AS AFIRMAÇÕES ACIMA. INCLUSIVE TRATANDO DA QUESTÃO ESPECIFICA DO DENOSUMABE EM RELAÇÃO AOS DEMAIS	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	A manutenção do Everolimo aumenta a biodisponibilidade da droga e aderência ao tratamento imunossupressor.	Justificamos a manutenção de Everolimo disponível no arsenal terapêutico do transplante visando diminuição de infecções virais e neoplasias.	Estamos em contato com grande suporte de literatura que justifica o uso de Everolimo, como imunomodulador que justifica a redução das infecções do CMV e neoplasias.	
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Desburocratizar para o tratamento pois hoje é tudo judicial e demorado colaborando apenas para aumentar a morte dos pacientes.	O que facilita é a união dos pacientes, familiares e associações e o que dificulta é a demora na liberação de medicamentos novos pela Anvisa.	Gostaria que os Juizes da área da saúde fossem mais humanos e zelassem pela vida.	
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Muito Ruim	Os tratamentos atuais e tirar os ultrapassados.	O Protocolo atual é direcionado.	Sim, em documento anexo.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Rever o conceito de rejeição aguda	A dose máxima de Everolimo no protocolo não condiz com a realidade. Para atingir nível sérico adequado da medicação muitas vezes precisamos de doses maiores!		
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO DE NOVAS DROGAS PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PULMONAR COM EFICÁCIAS RECONHECIDAS EM OUTROS PAÍSES E A POSSIBILIDADE DE COMBINAÇÃO DE DROGAS NO TRATAMENTO.	O QUE AJUDARIA SERIA O RECONHECIMENTO DA GRAVIDADE DESSA DOENÇA, SUA EVOLUÇÃO E A CONSCIENTIZAÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO COM ACESSO RÁPIDO E EFICIENTE AO MEDICAMENTO PRESCRITO. O QUE DIFICULTA É O DESINTERESSE DO PODER PÚBLICO PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, ALIADA À GRAVE CRISE FINANCEIRA.		



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Profissional de saúde	Asma	Muito Ruim	acredito que o documento deva ser totalmente atualizado uma vez que ele segue o guideline internacional de 2006 e este já está na versão de 2016, ou seja, um atraso de 10 anos. Isso impacta diretamente no reconhecimento da classificação e diagnóstico do paciente e seu tratamento correto.	Atrapalha as avaliações dos órgãos públicos e privados nas tomadas de decisões quanto ao tratamento dos pacientes, uma vez, que a maioria toma o PCDT como base. O PCDT deveria estar alinhado com os guidelines atuais e com a prática clínica.		
26/10/2016		Asma	Regular	A Boehringer Ingelheim do Brasil vem respeitosamente por meio desta Enquete nº 07/2016 enviar sua contribuição em relação à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma solicitando a inclusão de tiotrópio no referido PCDT como opção de tratamento adicional de manutenção para pacientes adultos com asma grave em tratamento com corticosteroides inalatórios e agonistas beta adrenérgicos de longa duração e que permaneçam sintomáticos, conforme documento em anexo.			<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Os pacientes precisam de terapia combinada			
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	O protocolo é muito restrito no que diz respeito a mudança de medicamento dentro do mesmo PCDT, quando o paciente apresenta alguma questão/reação que tem necessidade de mudar a medicação é orientado que volte a seguir o protocolo, mesmo que haja prescrição medica indicando a necessidade da troca.	Tenho conhecimento que em outros estados a alteração de medicamento dentro do mesmo protocolo é feita sem problemas a partir da prescrição médica, o que não ocorre em Santa Catarina, e que de fato restringe a utilização da melhor droga ao paciente, limitando suas possibilidades de bem estar.		
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	SEM DÚVIDA INCLUIR NO PROTOCOLA A TERAPIA COMBINADA, POIS TODOS OS PACIENTE NECESSITAM DE MAIS DE UMA MEDICAÇÃO, E TAMBÉM A INCLUSÃO DE NOVAS TERAPIAS (USO DE MEDICAMENTOS APROVADOS EM OUTROS PAÍSES)	É MUITO IMPORTANTE QUE O PROTOCOLO CLÍNICO SEJA PADRONIZADO, POIS PRECISAMOS DE CUIDADOS ESPECIAIS, E ISTO VEM A COLABORAR COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TAMBEM COM OS PACIENTES.	EU COMO PACIENTE POSSO DIZER QUE PRECISAMOS URGENTEMENTE DA APROVAÇÃO DE TERAPIAS COMBINATÓRIAS E A INCLUSÃO DE NOVOS MEDICAMENTOS APROVADOS FORA DO BRASIL, POIS COM DIFERENTES TERAPIAS TEREMOS UMA CHANCE MAIOR DE VIVER.	
26/10/2016		Doença de Gaucher	Ruim	Nos critérios menores, o uso de Miglustate não deve ficar restrito a falha terapêutica do tratamento de reposição enzimática, o medicamento precisa ser incluído como primeira linha de tratamento como consensos internacionais. Além disso, não só condições médicas mas também condições sócio-econômicas, tais como, dificuldade para locomoção de até centros de infusão, medo de agulha, regimes de trabalho que não permitem ausência dos pacientes para receber infusão, também deve ser consideradas para escolha do miglustate como opção terapêutica tanto em primeira linha quanto em segunda linha. Para o tratamento da doença de GD3, as series de casos descritas recomendam a dose de 200 mg via oral a cada 8 horas, ou seja, o dobro da dose utilizada para DG1. Deve se considerar a terapia combinada TRE + Miglustate para os pacientes com doença grave sobretudo com manifestações ósseas quando o tratamento com monoterapia com TRE não é eficaz.	- Pacientes que necessitam se ausentar do trabalho para se tratarem ou levarem seus familiares para a terapia de reposição enzimática em escassos centros preparados para este tipo de tratamento. - Em alguns locais, estados, os pacientes necessitam de mais	Em termos de terapia oral, o Miglustate não apresenta interações medicamentosas potenciais sendo desnecessário exames genéticos para avaliar se os pacientes são metabolizadores da droga.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Crohn	Muito boa	Atender os esquemas terapêuticos de otimização dos biológicos em de necessidade comprovada. Mudanças no tipo de biológico com outro mecanismo de ação anti-inflamatória.	Não há uma uniformidade nos centros de dispensação quanto a mudança dos esquemas terapêuticos	Seria desejável a implantação de centros laboratoriais de referência, para as dosagens séricas das drogas e de eventuais anticorpos anti-droga.	
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	Sugestão 1 – Recomendação de alfataglicerase na gestaçãoA alfataglicerase demonstrou segurança em sua utilização em gestantes. Foi comprovado por meio de estudos clínicos que a alfataglicerase é categoria B de risco para a gravidez. É o medicamento com a categoria de risco mais baixa (miglustate tem categoria de risco C e miglustate, categoria de risco X). Não foram observados sinais de agravamento de doença de Gaucher, incluindo crises ósseas durante o curso da gravidez ou no período pós-parto imediato. Nenhuma das pacientes apresentou sangramento periparto excessivo. Nenhuma das pacientes necessitou de produtos sanguíneos durante o parto. Durante estas gestações não foram relatados eventos adversos graves ou não-graves (exceto os abortos espontâneos, que não foram considerados relacionados ao medicamento). A taxa de nascidos vivos de 86% (excluindo o aborto terapêutico) é semelhante a de pacientes com doença de Gaucher tratadas com miglustate ou velaglucerase, e ambos os resultados maternos e neonatais são semelhantes ao da população em geral. Estes dados agregam ao perfil de segurança de alfataglicerase (Elstein D., 2016).	NA	NA	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	Sugestão 1 – Recomendação de alfataglicerase na gestaçãoA alfataglicerase demonstrou segurança em sua utilização em gestantes. Foi comprovado por meio de estudos clínicos que a alfataglicerase é categoria B de risco para a gravidez. É o medicamento com a categoria de risco mais baixa (miglicerase tem categoria de risco C e miglustate, categoria de risco X). Não foram observados sinais de agravamento de doença de Gaucher, incluindo crises ósseas durante o curso da gravidez ou no período pós-parto imediato. Nenhuma das pacientes apresentou sangramento periparto excessivo. Nenhuma das pacientes necessitou de produtos sanguíneos durante o parto. Durante estas gestações não foram relatados eventos adversos graves ou não-graves (exceto os abortos espontâneos, que não foram considerados relacionados ao medicamento). A taxa de nascidos vivos de 86% (excluindo o aborto terapêutico) é semelhante a de pacientes com doença de Gaucher tratadas com miglicerase ou velaglicerase, e ambos os resultados maternos e neonatais são semelhantes ao da população em geral. Estes dados agregam ao perfil de segurança de alfataglicerase (Elstein D., 2016).			<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	2) Sugestão 2 – Exclusão da contraindicação de alergia à cenouraÉ necessária a exclusão da contraindicação de alergia à cenoura, pois não há componentes de cenoura no produto final. A célula da raiz da cenoura é o mecanismo que foi utilizado para expressão enzimática.(Zinram, 2011) Essa contraindicação é equivalente a proibir o uso de miglicerase em pacientes que tenham alergia a oário de hamster chinês.Sugerimos manter o texto para o padrão adotado por todos os produtores de medicamentos em suas bulas: " reação de hipersensibilidade a algum componente da formulação do produto"			<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	1) Inclusão de iloprost como primeira linha, sendo que a medicação não é comercializada no país. Isto é crítico, e demonstra no mínimo uma relevante inabilidade técnica na elaboração deste PCDT.2) Orientação de sildenafil até a dose máxima de 240 mg/dia. Esta dose de fato é utilizada em alguns pacientes muito graves no nosso meio, por falta de outras opções como o epoprostenol. Todavia, a dose aprovada e indicada na bula é de 60mg/dia.3) Recomendação de troca de sildenafil por bosentana ou ambrisentana na falha terapêutica. Não existem evidências na literatura, que demonstrem segurança desta estratégia terapêutica;4) O treinamento físico está indicado apenas após otimização do tratamento específico e o paciente deve encontra-se em estabilidade clínica;5) Os anticoagulantes orais devem ser prescritos avaliando-se risco e benefício, sobretudo em pacientes com esclerose sistêmica e hipertensão portal;6) O treinamento físico está indicado apenas após otimização do tratamento específico e o paciente deve encontra-se em estabilidade clínica;7) Novos estudos demonstraram benefício do tratamento da HPTec, desde que não preencha critérios de operabilidade ( a avaliação deve ser feita em centro de referência em endarterectomia pulmonar). A única droga aprovada pelo FDA, EMEA e ANVISA para este fim, é o riociguate;8) Atualmente já existem evidências sobre os benefícios da terapia combinada, inclusive como opção inicial de tratamento (tadalafil + ambrisentan vs apenas tadalafil OU ambrisentan);Neste sentido, é de extrema urgência que seja revisado o PCDT-HAP, para que seja preservado o Direito à saúde e à vida dos pacientes de hipertensão, nos moldes propostos abaixo:1- Participação das Sociedades Médicas e Associações de Pacientes de forma ativa e relevante na elaboração do Protocolo: as consultas públicas, conforme declarado por representantes da própria Conitec, raramente os convencem a alterar uma conduta. Portanto, elaborar um protocolo sem a participação ativa destes	Por ele se contrapor aos guidelines utilizados internacionalmente, os médicos não o seguem e isto tem aumentado a judicialização.Nossa intenção é prover tratamento justo e acesso limitado aos centros de referência, diminuindo as demandas judiciais e conseguindo exercer um acompanhamento melhor dos pacientes.		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>askholders e depois submetê-lo à consulta parece-nos quase impor uma conduta sem embasamento técnico. A Sociedade médica, composta de representantes que atuam em centros de referência em Hipertensão Pulmonar e, portanto, são especialistas no assunto, poderá esclarecer melhor os pontos supra mencionados, bem como orientar sobre a melhor forma de readequá-los. Já a Associação de Pacientes, no caso em tela, ABRAF, poderá contribuir com a visão do paciente sobre o tratamento (ou falta de), bem como o impacto social e econômico que ele causa. Enquanto associação, nosso objetivo é garantir que os pacientes possam ser assistidos em centros de referência, seguindo o protocolo de tratamento adequado. Entendemos que apenas os médicos especialistas são habilitados para prescrição deste tratamento, e intencionamos eliminar os tratamentos paralelos, com médicos não especialistas, que acabam por prescrever drogas e condutas onerosas e desnecessárias ao tratamento. 2- Transformar-se em PCDT- Hipertensão Pulmonar. Dentro desta categoria, incluir as espécies Hipertensão Arterial Pulmonar e Hipertensão Tromboembólica Crônica: o PCDT atual abrange apenas a HAP (Hipertensão Arterial Pulmonar). Ocorre que já foi lançado e já consta aprovado pela Anvisa e Cemed medicamento específico para HPTEC (Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica). Sendo a HAP e a HPTEC tipos de HIPERTENSÃO PULMONAR, convergindo em diversos pontos, é de boa prática que concebamos um Protocolo mais amplo, que possa incluir ambos e atender a todos os pacientes; 2- Permitir a terapia combinada: atualmente, há utilização não apenas da terapia duplamente combinada, mas até da triplicamente combinada para a Hipertensão Pulmonar. Neste sentido, proibir que um paciente receba todas as opções de tratamento, quando necessárias, indicadas por médico integrante de centro de referência, é sentenciá-lo à morte. Conforme supra mencionado, já há evidências científicas para esta prática; 3- Inclusão de novas terapias: das 14 terapias d</p>			
				<p>isponíveis mundialmente, o PCDT-HAP apenas prevê 4, sendo que 1 delas não possui aprovação pela CEMED, o que, racionalmente, nos leva a concluir que há apenas a previsão de 3 terapias. Nosso objetivo é que sejam incluído o maior número de terapias possível ao protocolo. Senão todas, que ao menos se incluam todas as que possuam registro da Anvisa atualmente; 4- Revisão do Protocolo a cada 2 anos com participação da Sociedade Médica e Associação de Pacientes na elaboração: deste modo, garantimos que novas terapias sejam incluídas e que possamos manter o tratamento sempre atualizado; 5- Dispensação dos medicamentos seguindo o guideline apenas se prescrito por médico atuante em centro de referência. A exceção deverá ocorrer se não houver um centro de referência a menos de 300k da cidade onde o paciente reside; 6- Em complemento ao Item 5, previsão de criação de novos centros de referência (a definir meta e prazo).</p>			
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	<p>Sugestão 3 – Atualização de estudos (extensão de 5 anos e avaliação óssea) A alfatiglicerase demonstrou segurança e eficácia em seu estudo de extensão de 60 meses de tratamento e acompanhamento do estudo pivotal. Pacientes adultos com doença de Gaucher virgens de tratamento demonstraram melhora nos parâmetros de doença com alfatiglicerase, sem novos eventos adversos aos 60 meses (5 anos) de tratamento. Foram avaliados concentração de hemoglobina, contagem de plaquetas, volumes do fígado e baço, bem como o biomarcador quitotriosidase. O estudo reforça os resultados de eficácia e segurança da alfatiglicerase em longo prazo (Zimran A., 2016a). Foi conduzido um estudo para analisar o impacto da terapia com alfatiglicerase na medula óssea em pacientes de doença de Gaucher. A análise foi baseada na técnica de quantitative chemical shift image (QCSI). Do total de pacientes, 15 eram virgens de tratamento e 11 fizeram uso prévio de imiglicerase. Os achados mostram que o tratamento com alfatiglicerase melhorou a fração de gordura da coluna lombar em pacientes virgens de tratamento e também naqueles previamente tratados com imiglicerase, incluindo pacientes que receberam terapia de imiglicerase por mais de uma década. A melhora relativamente rápida (em 1 ano) na fração de gordura da coluna lombar sugere que os 100% de resíduos de manose da alfatiglicerase permitem maior absorção óssea do que imiglicerase, que contem 40% a 60% de resíduos de manose. (Zimran A., 2016b)</p>			<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	Sugestão 3 – Atualização de estudos (extensão de 5 anos e avaliação óssea)A alfatiglicerase demonstrou segurança e eficácia em seu estudo de extensão de 60 meses de tratamento e acompanhamento do estudo pivotal. Pacientes adultos com doença de Gaucher virgens de tratamento demonstraram melhora nos parâmetros de doença com alfatiglicerase, sem novos eventos adversos aos 60 meses (5 anos) de tratamento. Foram avaliados concentração de hemoglobina, contagem de plaquetas, volumes do fígado e baço, bem como o biomarcador quitotriosidase. O estudo reforça os resultados de eficácia e segurança da alfatiglicerase em longo prazo (Zimran A., 2016a) Foi conduzido um estudo para analisar o impacto da terapia com alfatiglicerase na medula óssea em pacientes de doença de Gaucher. A análise foi baseada na técnica de quantitative chemical shift image (QCSI). Do total de pacientes, 15 eram virgens de tratamento e 11 fizeram uso prévio de imiglicerase. Os achados mostram que o tratamento com alfatiglicerase melhorou a fração de gordura da coluna lombar em pacientes virgens de tratamento e também naqueles previamente tratados com imiglicerase, incluindo pacientes que receberam terapia de imiglicerase por mais de uma década. A melhora relativamente rápida (em 1 ano) na fração de gordura da coluna lombar sugere que os 100% de resíduos de manose da alfatiglicerase permitem maior absorção óssea do que imiglicerase, que contem 40% a 60% de resíduos de manose.(Zimran A., 2016b)			<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	Sugestão 4 – Adequação do protocolo relacionado aos procedimentos requeridos para substituição de outra TRE para alfatigliceraseDe acordo com o presente PCDT e considerando os dados de eficácia e segurança disponíveis e a necessidade de garantir autonomia nacional na produção da Terapia de Reposição Enzimática (TRE), a alfatiglicerase foi escolhida medicamento de escolha para o início do tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O item 10.3 e subitem Substituição de enzimas do PCDT traz a seguinte redação em relação a substituição de enzimas:Uma vez iniciada a TRE com um medicamento, recomenda-se que não ocorra a sua substituição, salvo nas seguintes situações:a)...b)...c) doença estável com imiglicerase ou alfatiglicerase em paciente com idade igual ou superior a 18 anos, e possibilidade de troca por alfatiglicerase, a critério médico.Portanto, entende-se que a critério médico, sem que haja piora no quadro dos pacientes que fazem uso de imiglicerase ou alfatiglicerase, a substituição para tratamento com alfatiglicerase pode ocorrer. Contudo, o mesmo PCDT o item 11 REGULIZAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR coloca que "O aumento das doses e a substituição do tipo de enzima a ser infundida dependerá de avaliação do Centro de Referência e deverá requerer laudo médico e exames demonstrando, no início do tratamento, piora ou ausência de resposta clínica."Desta forma há uma inconsistência de recomendações, entre os itens 10.3 e 11, que possibilita a substituição de imiglicerase e alfatiglicerase para alfatiglicerase a critério médico e ao mesmo tempo requer exames demonstrando, no início do tratamento, piora ou ausência de resposta clínica, respectivamente.Para esta substituição em específico, por tratar-se de uma política estratégica de estado para diminuição da vulnerabilidade do SUS, não deveria ser necessário a apresentação de exames demonstrando piora ou ausência de resposta clínica com			
				a TRE anterior e apenas requerer laudo médico, exceto quando não tratar de casos desta natureza.			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Doença de Gaucher	Boa	<p>Considerar substituição do termo "reações graves", em todos os momentos que este aparece no protocolo POR "evento adverso grave", para diminuir a subjetividade do que pode vir a ser este evento, que segundo a ANVISA é definido como: Evento Adverso grave: é qualquer ocorrência médica indesejável que: • Resulte em morte; • Resulte em ameaça à vida (Note que ameaça à vida refere-se a risco de morte no momento da reação/evento, não está relacionado à hipótese de levar o paciente à morte se a reação/evento fosse mais severa); • Requer hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização pré-existente; ** • Resulta em incapacidade persistente ou significativa; • Anomalia congênita e malformação ao nascimento; • Efeitos clinicamente importantes*. ** Por definição adotada pela Unidade de Farmacovigilância, a hospitalização pode ser caracterizada de acordo com os seguintes critérios: casos em que o paciente permanece no Hospital por um período igual ou superior a 24 horas; casos em que o paciente permanece em uma sala de emergência por um período menor que 24hs, mas apresenta uma condição na qual não poderia ser tratado fora do Hospital ou da qual se recupere rapidamente. Ex: uma reação alérgica aguda. * Julgamento médico e científico deve ser exercido para decidir se outras situações devem ser consideradas graves como os efeitos clinicamente importantes que não levaram o paciente imediatamente à morte ou risco à vida ou hospitalização, mas que requerem intervenção para impedir um dos outros resultados listados acima. Exemplos de tais eventos são tratamentos intensivos em quarto ou sala de emergência para broncoespasmo alérgico, discrasia do sangue ou convulsão que não resultam em hospitalização ou desenvolvimento de dependência da droga ou do abusado droga. (ICH-E2A)</p>			<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	<p>1. O anticorpo monoclonal anti-CD3 OKT3 é citado, mas já não está mais disponível no mercado. 2. É oportuno que se comente que pacientes hipersensibilizados tem menor chance de receberem um transplante e, em recebendo, tem maior chance de rejeição. Portanto, o tratamento de dessensibilização pré e peri-transplante deve ser indicado para pacientes selecionados. 3. Com relação ao uso da azatioprina em transplante renal, os estudos avaliados e que são referências deste protocolo tem limitações (antigos, n° pequeno, há um estudo que não é randomizado, etc.) e mostram que pode haver mais rejeição aguda com azatioprina. Portanto, acho que esta matéria merece mais debate pela comunidade transplantadora antes de ser estabelecida como norma. Outro aspecto deste tema, se refere a uma das indicações de conversão de azatioprina para micofenolato: quando houver nefropatia crônica do enxerto (NCE), após rejeição celulares agudas recorrentes ou rejeição mediada por anticorpos. Ressalto que quando já há NCE estabelecida, ou após múltiplas rejeições agudas, as chances de salvar o enxerto renal em questão são menores (e, praticamente nulas, na primeira situação). Os autores ressaltam um estudo australiano e o referem como recente (referencia 37). Na verdade, trata-se de estudo antigo, cujo primeiro relato foi em 1996. A publicação utilizada neste protocolo (ref. 37) é uma avaliação de longo prazo (15 anos) do mesmo. Apesar de ser um estudo relevante, temos que considerar que há problemas à luz do conhecimento atual: utilizaram um braço do estudo com 3 g de micofenolato (o que não é mais feito) e os instrumentos utilizados para avaliar o grau de sensibilização imunológica, na época, são, hoje, pouco sensíveis.</p>	Em função da maior complexidade dos pacientes renais hoje em dia (mais velhos, hipersensibilizados, etc), a imunossupressão deve, idealmente, ser individualizada. O protocolo é muito restritivo, permitindo pouca flexibilização. Um exemplo, citado acima, é a indicação de azatioprina no esquema imunossupressor para a maioria dos receptores de rim, o que não é aceito como norma para a maioria da comunidade transplantadora.	Não.	
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Gostaria de solicitar a inclusão no protocolo de novas medicações já disponíveis em outros países e mesmo aqui no Brasil. Também sei que há necessidade de mais de uma medicação no tratamento do paciente e por isso a terapia combinada (ou combinatória) é fundamental, por isso deve ser incluída também no protocolo	Ajuda na padronização do tratamento. Por ser uma doença rara, a HAP necessita de tratamento específico.	É urgente a necessidade de ser implantado a terapia combinada para que os pacientes possam ter uma melhor qualidade de vida, com novas medicações disponíveis.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Doença de Crohn	Regular	<p>IntroduçãoNo momento, encontram-se disponíveis no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença de Crohn (DC) de 2014 terapias convencionais e duas medicações biológicas: o infliximabe (IFX) (Remicade®, Janssen) e o Adalimumabe (ADA) (Humira®, Abbvie). Ambos são anticorpos contra o TNF-alfa (anti-TNF). O TNF-alfa é uma molécula comumente responsabilizada por parte do processo inflamatório envolvido na DC. Seu bloqueio, como um anticorpo neutralizador, preconiza um controle da DC e melhora dos sintomas. Essas drogas são basicamente indicadas aos pacientes com DC moderada a grave, refratários ou intolerantes à terapia "convencional" (corticoides e imunossupressores, como azatioprina e 6-mercaptopurina). Antes de discutir mais profundamente as terapias biológicas, é relevante enfatizar que novos objetivos no tratamento da DC têm sido estudados e relacionados com o impacto sobre o prognóstico destes pacientes em longo prazo. Sabe-se que a remissão clínica é um objetivo mais relevante a ser alcançado do que a resposta clínica, e que a cicatrização da mucosa está ainda mais relacionada a fatores de melhor prognóstico, como redução de hospitalizações e cirurgias. Estudos evidenciam que a remissão clínica é preditora da própria cicatrização em longo prazo. 2. Racional para uso de medicamentos biológicosAnalisando os estudos de eficácia utilizados para registro dos produtos biológicos identificamos que no seu primeiro estudo de fase 3, o IFX foi administrado em dose única em 573 pacientes, destes, 335 (58,5%) alcançaram resposta clínica na semana 2. 3 Estes 335 pacientes foram randomizados em 3 grupos: placebo, IFX na dose 5mg/ Kg de peso (onde esta análise esta baseada por ser a dose padrão utilizada no PCDT vigente) e IFX na dose 10mg/ Kg de peso. Dos 112 pacientes do grupo IFX 5mg/ Kg de peso, 44 (39%) dos pacientes encontravam-se em remissão na semana 30. O dado de remissão na semana 54 não está disponível na publicação. Supondo-se que todos os pacientes q</p>	<p>Em adição aos estudos pivotais de vedolizumabe, publicação americana recente mostra que pacientes com doença inflamatória intestinal tratados com vedolizumabe foram menos propensos a experimentar escalonamento de dose do que os tratados com infliximabe. Ralay-Callado M, Li Q, Luo M, Lasch K, Khalid JM. Patterns of dose escalation amongst patients with ulcerative colitis and Crohn's disease treated with vedolizumab vs infliximab in the United States (US). Presented at ACG 2016 [poster P1897].</p>	Não	<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>ue responderam ao IFX usassem a dose padrão, os 132 (39%) pacientes estariam em remissão na semana 30. Isso é equivalente a 23% dos pacientes que iniciaram o estudo, o que significa que 77% dos pacientes não alcançaram a remissão clínica na semana 30, dentre os pacientes que iniciaram o estudo. Quando se analisa o Sonic 4, um estudo cujo objetivo foi avaliar a remissão clínica livre de esteroides na semana 26 entre pacientes com DC em 3 braços (IFX, Azatioprina e IFX + Azatioprina), também é possível chegar a conclusões semelhantes. Ao final de 26 semanas, 56,8% dos pacientes alcançaram o objetivo no grupo de terapia combinada, assim como 44% dos que usaram IFX na sua dose padrão e 30% dos pacientes que usaram Azatioprina. Importante salientar que estes pacientes jamais haviam utilizado qualquer imunossupressor previamente, o que é obrigatório no PCDT atual e que esses pacientes tinham apenas 2 anos de diagnóstico de doença de Crohn, em média. Ainda assim, cerca de metade dos pacientes não alcançaram o objetivo estipulado no grupo de melhor resposta. Em relação à cicatrização de mucosa (objetivo mais relevante do ponto de vista de saúde pública, pois claramente reduz os custos de hospitalização e cirurgias em pacientes com doença de Crohn), o Sonic demonstra taxas de sucesso para um menor percentual de pacientes. Assim, 43,9% dos pacientes que iniciaram o estudo obtêm a cicatrização da mucosa na semana 26 no grupo de terapia combinada, enquanto que no grupo IFX esse percentual é de 30,1% e 16,5% no grupo Azatioprina isoladamente. Novamente, a maioria dos pacientes não alcança o objetivo determinado, ainda que o perfil de pacientes favoreça o benefício da droga e que esses pacientes não se enquadrem no PCDT vigente. Ainda que seja uma droga de extrema importância no tratamento da DC, o IFX demonstrou limitações nos parâmetros de eficácia ( como remissão clínica e cicatrização de mucosa) nos estudos de fase III. Ao final de um ano de tratamento, a tendência de queda</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>do resultado é clara ao analisar os gráficos de remissão clínica disponíveis no estudo Accent I.3&amp;#8195;Outro biológico disponível no PCDT de 2014 e, portanto, aos usuários do SUS é o Adalimumabe (ADA). O estudo equivalente do ADA para manutenção da terapia e que equivale, com algumas diferenças, ao Accent I do IFX é o Classic II. 3,5 Esses último estudo tem um desenho um pouco diferente do Accent I. Numa fase aberta, todos os 276 pacientes do estudo recebem ADA nas semanas 0 e 2 nas doses de 160 e 80mg, respectivamente. Após essa fase de indução, os pacientes foram randomizados em 3 grupos, desde que eles obtivessem a remissão clínica na semana 4: placebo, ADA 40mg a cada 2 semanas (objeto de interesse por ser a dose habitualmente liberada no PCDT com a mesma dose de indução realizada inicialmente) e ADA 40mg semanal. Ou seja, todos os pacientes avaliados na semana 54 e com objetivo de estar em remissão clínica já haviam alcançado o objetivo na semana 4. Dos 276 pacientes, 55 (20%) estavam em remissão clínica na semana 4. Do grupo que se manteve com ADA 40mg (19 pacientes), 15 (79%) estavam em remissão ao final de 54 semanas. Nos demais grupos, 15 (83%) pacientes entre 18 estavam em remissão na semana 54 no grupo ADA 40mg semanal e 8 (44%) pacientes em 18 no grupo placebo. Aplicando esse mesmo resultado aos 3 grupos (como se os 3 grupos estivessem em uso de ADA a cada 2 semanas), dos 276 pacientes apenas 45 (16%) pacientes alcançariam a remissão clínica ao final de 54 semanas. Os outros 84% dos pacientes não estariam em remissão ao final de um ano nesse estudo. 5 Assim como no Accent I, é lógico que alguns pacientes que não responderam semana 2 no estudo do IFX ou não estavam em remissão clínica na semana 4 no estudo do ADA alcançariam a remissão clínica na semana 54. No entanto, é sabido que esse número não é alto. No Classic II, os pacientes que não estavam em remissão na semana 4 usaram ou ADA 40mg a cada 2 semanas ou ADA 4mg semanal num braço aberto do estudo.</p>			
				<p>Dos 204 pacientes que entraram nesse estudo aberto, 93 (46%) pacientes estavam em remissão clínica na semana 54. Ainda assim, a metade dos pacientes não alcançou a remissão clínica, da mesma forma que nos estudos do IFX. 3.5 Uma estratégia correta e coerente após um dos anti-TNFs falhar seria a introdução de outro anti-TNF. Com esse objetivo, o estudo GAIN avaliou exclusivamente pacientes que não toleraram o IFX por evento adverso ou perderam resposta ao longo do tempo (pacientes que não responderam inicialmente ao IFX foram excluídos deste estudo e provavelmente seriam os pacientes com menor chance de responder ao ADA). Os pacientes incluídos foram randomizados em 2 grupos: ADA nas semanas 0 e 2 com 160 e 80mg (a dose padrão indicada no PCDT vigente) e placebo com o objetivo de avaliar a remissão clínica na semana 4. Dos 159 pacientes do grupo ADA, 34 (21%) pacientes alcançaram o objetivo na semana 4, contra 12 pacientes (7%) dos 166 totais do grupo placebo. Dessa forma ainda se conclui que a grande maioria dos pacientes continua sem apresentar remissão clínica, mesmo após um segundo anti-TNF, dentre pacientes com DC de moderada a grave que não responderam à terapia convencional. 6 Existe uma tendência a uma resposta pior a um segundo anti-TNF quando o paciente falha ao primeiro anti-TNF. O estudo Charm foi desenhado com uma indução de 80 e 40mg nas semanas 0 e 2 respectivamente seguida de uma randomização em 3 grupos: ADA 40mg a cada 2 semanas, ADA 40mg semanalmente e placebo. Ao final de 26 semanas, entre os pacientes do grupo ADA a cada 2 semanas, a taxa de remissão clínica foi de 47% (21/ 85 pacientes) em pacientes sem tratamento prévio com um anti-TNF comparados a 32% (41/ 87 pacientes) entre os pacientes que já havia usado IFX previamente. Esses resultados se repetem na semana 56 com 42% (36/ 87 pacientes) e 31% (26/ 85 pacientes) entre virgens e experimentados, respectivamente. Novamente, observa-se perda de resposta entre o sexto e o décimo segundo mês de t</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>tratamento com um anti-TNF. Esse fenômeno parece inerente à classe de droga. Esse reconhecido fenômeno de resposta inferior ao segundo anti-TNF pode ser fruto de uma seleção de pacientes cuja resposta seria pior ao anti-TNF tanto por permitir pacientes com doença mais grave e, portanto, mais difíceis de responder quanto por escolher pacientes cuja principal via inflamatória não seja dependente do anti-TNF. O possível impacto desta perda de resposta na tentativa do resgate é que se o primeiro anti-TNF não conseguiu alcançar a remissão clínica livre ou a cicatrização da mucosa nem na metade dos pacientes com Doença de Crohn, é esperado que o segundo anti-TNF alcance resultados ainda inferiores para estes pacientes. Outros mecanismos de ação têm sido estudados na tentativa de interromper, através do bloqueio de outras vias pró-inflamatórias. O Vedolizumabe (VEDO) (Entyvio®, Takeda) é uma droga recém-aprovada no Brasil, cujo mecanismo de ação é absolutamente diferente dos anti-TNFs. O VEDO é um medicamento biológico, anticorpo anti-integrina que bloqueia a integrina α4β7 presente na superfície dos linfócitos, impedindo que eles se liguem às selectinas MAdCAM-1. Estas selectinas estão expressas nos capilares dos tecidos inflamatórios intestinais, sendo encontradas quase que exclusivamente neste órgão. Ao bloquear esta ligação, o VEDO impede a migração dos linfócitos ativados aos sítios inflamatórios intestinais, sem afetar sua diapedese em outras localizações. Assim, além de específico, o VEDO tem uma tendência a ter menos eventos adversos que outras drogas comumente utilizadas para tratamento da DC.8 No estudo Gemini II, fase 3, o VEDO foi inicialmente aplicado em 220 pacientes na primeira randomização (com peso de 2:3), na dose de 300mg nas semanas 0, 2 e 6, e 148 pacientes receberam placebo. Os pacientes do grupo VEDO que responderam na semana 6 foram randomizados novamente em 3 grupos: VEDO 300mg a cada 4 semanas, VEDO 300mg a cada 8 semanas9 (onde serão fo</p>			
				<p>cados os resultados pois é a dose padrão da bula da droga no Brasil10) e placebo. Um braço aberto de VEDO 300mg nas semanas 0, 2 e 6 também alocou pacientes para a segunda randomização, desde que eles também obtivessem resposta clínica na semana 6. Dos 368 pacientes da primeira randomização, 31,4% (69/ 220 pacientes) dos pacientes no grupo VEDO obtiveram resposta na semana 6 contra 25,5% (38/ 148 pacientes) no grupo placebo. Quanto à remissão clínica na semana 6, ela foi obtida em 14,5% (32/220 pacientes) no grupo VEDO contra 6,8% (10/ 148 pacientes) no grupo placebo. Na segunda randomização, 461 (69 pacientes da primeira randomização somados aos pacientes que obtiveram resposta clínica no braço aberto) pacientes foram sorteados para formar os 3 grupos: placebo (com indução com VEDO), VEDO 300mg a cada 4 semanas (com indução com VEDO) e VEDO a cada 8 semanas (com indução com VEDO). Ao final de 52 semanas, 39% (60/ 154 pacientes) dos pacientes do grupo VEDO 300mg a cada 8 semanas estavam em remissão clínica, contra 21,6% (33/ 153 pacientes) dos pacientes no grupo placebo. A resposta clínica foi alcançada em 43,5% (67/ 154 pacientes) dos pacientes do grupo VEDO 300mg a cada 8 semanas e em 30,1% (46/ 153 pacientes) dos pacientes do grupo controle. Ao analisar com mais detalhes esse estudo, pode-se perceber que aproximadamente 50% dos pacientes já haviam experimentado previamente algum anti-TNF e % dos pacientes, aproximadamente, já haviam experimentado ao menos 2 anti-TNFs, o que confere um perfil de pacientes com maior dificuldade em responder a terapêuticas.9 Quando se separaram em grupos, dos pacientes que nunca usaram anti-TNF previamente, 51,5% estavam em remissão clínica na semana 54 e 60,6% dos pacientes do grupo VEDO 300mg a cada 8 semanas apresentavam resposta clínica na mesma semana, comparados a 26,8% e 38% no grupo placebo, respectivamente.11 Outra importante discussão a respeito do estudo Gemini II é que a resposta clínica é avaliada na semana 6, enquanto diver</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>os estudos de vida real sugerem que o momento inicial de melhor avaliação da droga seria na semana 14, devido ao seu mecanismo de ação diferente dos anti-TNF.12,13 Ainda assim, a droga tem tendência de aumentar o número de respondedores e pacientes em remissão até a semana 52, diferente dos anti-TNFs que demonstraram tendência de queda ao final de 52 semana após um platô na semana 30 nos estudos pivotais.3,9 Revisando os dados aqui apresentados, publicados em estudos pivotais de ADA e IFX, com semelhanças em relação a randomização ou indução inicial seguida por avaliação de resposta inicial e nova randomização controlada, o VEDO é o único biológico a alcançar mais de 50% de remissão clínica entre os pacientes virgens de biológico. Por ser uma droga cuja ação basicamente restringe-se ao trato gastrointestinal, tanto nos estudos pivotais, quanto em estudos específicos para avaliação de segurança, o Entyvio® tem se mostrado uma droga segura, muito semelhante ao placebo e com eventos adversos previsíveis. 9,14,15,16 Num estudo de avaliação prolongada, cujo objetivo principal era a observação de eventos de segurança, 2830 pacientes com retocolite ulcerativa ou DC que foram incluídos nos estudos de fase 2 ou 3 do VEDO foram convidados a continuar sendo avaliados em uso da droga. Um total de 4811 pacientes/ano foi avaliado e comparado com os períodos históricos de placebo (nos momentos em que os pacientes foram randomizados). Não houve risco aumentado de infecção ou infecção grave no grupo VEDO. Infecções graves por Clostridium difficile, sepsis e tuberculose foram reportadas de forma infrequente (&lt;0,6% dos pacientes). Reações infusionais foram relatadas em menos de 5% das infusões e neoplasias malignas foram mais raras, evidenciadas em 1% dos pacientes.16 A cicatrização de mucosa também foi estudada nos pacientes que utilizaram Entyvio®, após a conclusão do estudo Gemini. Os pacientes que estavam em remissão clínica ao final de um ano, foram convidados a continuar no es</p>			
				<p>tudo para novas avaliações, especialmente de segurança. Após cerca de 1 ano de uso da droga, 29 pacientes com DC realizaram colonoscopia a fim de avaliar a cicatrização da mucosa colônica. A média de tempo de uso da droga foi de 2,7 anos (esse estudo incluiu também pacientes com colite ulcerativa) e foram realizadas 32 colonoscopias. Apenas 9% dos pacientes (3/ 32 pacientes no total) não apresentou qualquer melhora colonoscópica, enquanto 47% (15/ 32 pacientes no total) dos pacientes apresentaram cicatrização total da mucosa e 44% dos pacientes (14/ 32 pacientes no total), cicatrização parcial da mucosa. Sendo a cicatrização da mucosa um objetivo de grande relevância, é possível perceber o impacto da droga em longo prazo do seu uso. 17Conclusão Dessa forma, a inclusão do Entyvio®, uma anti-integrina, no protocolo e consequentemente no SUS, permitirá aos pacientes, aos médicos e ao sistema público de saúde uma nova e potente opção no tratamento tanto dos pacientes que nunca experimentaram biológicos, oferecendo um perfil de segurança diferente dos anti-TNFs, quanto no resgate de pacientes que falharam ou foram intolerantes aos anti-TNFs e encontram-se, no momento, sem qualquer alternativa terapêutica. Sugerimos a inclusão do Entyvio® baseada em dados médicos e científicos que envolvem a sua eficácia no tratamento da DC, bem como na sua segurança e mecanismo específico de ação. Referências Bibliográficas:1.#Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas [Internet]. Doença de Crohn [citado 2016 Out 19]. Disponível em: <a href="http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DoencaCrohn.pdf">http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DoencaCrohn.pdf</a>2.#Shah SC, et al. Systematic review with meta-analysis: mucosal healing is associated with improved long-term outcomes in Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther. 2016;43(3):317-33.3.#Banauer SB, et al; ACCENT I Study Group. Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. Lancet. 2002 May 4;359(9317):1541-9.4.#Olombel JF, et al; SONIC Study Group. Infliximab, azathioprine, or</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				combination therapy for Crohn's disease. N Engl J Med. 2010;362(15):1383-95.5. Sandborn WJ, et al. Adalimumab for maintenance treatment of Crohn's disease: results of the CLASSIC II trial. Gut. 2007;56(9):1232-9.6. Sandborn WJ, et al. Adalimumab induction therapy for Crohn disease previously treated with infliximab: a randomized trial. Ann Intern Med. 2007;146(12):829-38.7. Colombel JF, et al. Adalimumab for maintenance of clinical response and remission in patients with Crohn's disease: the CHARM trial. Gastroenterology. 2007;132(1):52-65.8. Bedyk ER, et al. Exclusive antagonism of the &#945;4 &#946;7 integrin by vedolizumab confirms the gut-selectivity of this pathway in primates. Inflamm Bowel Dis. 2012;18(11):2107-19.9. Sandborn WJ, et al.; for the GEMINI 2 Study Group. Vedolizumab as Induction and Maintenance Therapy for Crohn's Disease. N Engl J Med. 2013;369(8):711-21.10. Entyvio* [Bula]. São Paulo: Takeda Pharma Ltda. Disponível em: <a href="http://www.4bio.com.br/download/pdf/337/337-entyvio.pdf">http://www.4bio.com.br/download/pdf/337/337-entyvio.pdf</a> .11. Manauer S, et al. Vedolizumab Maintenance Therapy for Crohn's Disease: results of GEMINI II, a randomized, placebo-controlled, double-blind, multi-centre phase 3 trial. Am J Gastroenterol. 2012;107 (Suppl 1):S60-S621. Abstract 1542.12. Baumgart DC, et al; Vedolizumab Germany Consortium. Vedolizumab induction therapy for inflammatory bowel disease in clinical practice - a nationwide consecutive German cohort study. Aliment Pharmacol Ther. 2016;43(10):1090-102.13. Miot A, et al. Effectiveness and Safety of Vedolizumab Induction Therapy for Patients With Inflammatory Bowel Disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016. pii: S1542-3565(16)00164-6. doi: 10.1016/j.cgh.2016.02.016. [Epub ahead of print].14. Reagan BG, et al.; for the Gemini 1 Study Group. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. N Engl J Med. 2013;369(8):699-710.15. Sands BE, et al. Effects of vedolizumab induction therapy for patients with Crohn's disease in whom tumor necrosis f			
				actor antagonist treatment failed. Gastroenterology. 2014;147(3):618-627.e3.16. Colombel JF, et al. The safety of vedolizumab for ulcerative colitis and Crohn's disease. Gut. 2016. pii: gutjnl-2015-311079. doi: 10.1136/gutjnl-2015-311079. [Epub ahead of print].17. Noman M, et al. Mucosal healing and dysplasia surveillance in a large referral centre cohort of patients with crohn's disease and ulcerative colitis treated with vedolizumab. J Crohns Colitis. 2016;10(Suppl 1):S19-S20. Abstract OP24.			
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Regular	INCLUSÃO DE ACLASTA, DENOSUMABE E TERIPARATIDA.	ACESSO AO REUMATOLOGISTA INFORMAÇÃO	NÃO	
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Incorporar novos medicamentos já utilizados em outros países e adotar a terapia combinada.		Uma maior fiscalização para não deixar faltar medicamentos nas secretarias de saúde estaduais e farmácias de alto custo porque a interrupção do tratamento agrava mais ainda a situação do paciente podendo levar a morte.	
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	O uso de outras medicações pois tem pacientes que não se dão bem com alguns remédios e incluir o uso de mais de um medicamento, pois todos os exames são feitos para saber o que é melhor para cada paciente e sua melhora.	A falta de atenção para quem precisa das medicações e de um bom atendimento, pois tomando remédio desde 2008 fiquei meses sem e tive que esperar o trabalho da advogada gratuita que quando falta temos que ligar para eles e o risco de vida é altíssimo, fiquei apavorada, sem orientação e sem assistência médica, pois não consigo tratamento pelo sus com vários médicos que eu faço e apenas tomo os remédios e faço exame de sangue, pois além da medicação está faltando atendimento, só quem entrou pelo sus é que pode ser atendido, estou aqui me cuidando e com receios. Mas tenho remédio e estou respirando muito bem graças ao governo que é imprescindível a ajuda de medicamentos certo para cada paciente.	Que tenhamos o direito de usar o melhor medicamento que nosso corpo responda e que possamos fazer o tratamento com os médicos ou apenas um (depende de cada paciente), pois eu tenho HAP devido a doença reumatológica vasculite e consulto com mais médicos, faço os exames e levo para eles. É fico feliz por estar respondendo bem ao tratamento, mas o susto de ficar sem remédios é assustador e sei o que os portadores desta e de tantas outras doenças sem cura e com risco elevado de morte passam. e quero continuar respondendo bem e desejo que não falte mais medicamento para mim e não para os outros e que possam fazer o melhor tratamento que fazer eles poderem ao menos viver com mais autonomia.	
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Solicito a inclusão de novas medicações para o tratamento de pacientes e também que seja incorporada a terapia combinada (uso de mais de uma medicação no tratamento).	Vai ajudar na sobrevida, se forem liberados novos medicamento		
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Ser mais atualizada divulgar mais a doença porque muita gente nem sabe que existe, atualizar as novas descobertas que estão sendo feitas os novos remédios	falta de conhecimento inclusive dos médicos	seria muito bom inclusive uma campanha de divulgação nos meios de comunicação	
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	O ELENCO DOS FARMACOS SÃO RESTRITOS	MUITA BUROCRACIA , E FALTA DE SERVIDORES CONPROMETIDOS COM OS PACIENTES	TOMO A TRES MESES O REMEDIO FEITO PELA BAYER CHAMADO RIOCIQUAT SEU NOME DE MERCADO É ADEMPAS. SÓ CONSEGUI O REMEDIO COLOCANDO NA JUSTIÇA O ESTADO POIS SEU CUSTO ERA EXTREMANETE ELEVADO. A CADA TRES MESES NECESSITO COLOCAR O ESTADO NOVAMENTE NA JUSTIÇA COM O INTUITO DE CONSEGUI O REMEDIO NOVAMENTE.	
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	A permissão e disponibilidade da terapia combinada, com novas opções de tratamento.	Necessidade de mais medicamentos		

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Regular	Em caso de falha ao bisfosfonatos e/ou esofagite, usar denosumabe 60 mg subcutâneo a cada 6 meses	melhor acessibilidade e amplificação do tratamento de osteoporose e prevenção de fraturas ósseas		
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Disponibilizar medicamentos não inclusos no orohocolo			
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Liberação de novas terapias combinadas, pois os pacientes que precisam de mais de um medicamento o estado só libera um, isso descompensa o paciente e não evoluiu na melhoria deste paciente.	Ajudaria na conpesacao daMelhoria do paciente o quadro clinico evoluiria. No meu estado estamos sem fornecimento dos medicamentos a 4 meses sem fornecer Bosentana 125mg e minha irmã passa por risco de morte é revoltante.	Omissão de nossos direitos minha Irma é pessoa com deficiência tem síndrome down e não tem medicamento muito menos prioridade	
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Terapia combinada é efetiva. Medicamentos mais modernos não são contemplados no PCDT.	Para ter acesso à Bosentana o médico precisa retirar a Sildenafil.	São três vias metabólicas que envolvem a doença e o PCDT quer abordar somente uma.	
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Regular	Acrescentar Denosumab e teriparatide no protocolo	Alto custo		
26/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014 – Enquete No. 7PCDT – Hipertensão arterial pulmonarA Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) Prezados Senhores,Em resposta à atual Enquete gostaria de contribuir com a revisão do Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas de Hipertensão Arterial Pulmonar, Portaria SAS/MS no. 35, de 16 de janeiro de 2014, republicada em 06 de junho de 2014 e 23 de setembro de 2014. Aproveito para parabenizar à CONITEC pela iniciativa louvável de fazê-lo, tendo em vista a necessidade de atualização desse e de outros protocolos diante do rápido avanço teórico e tecnológico que assistimos atualmente, e de analisar de forma fundamentada a incorporação dos mesmos visando, em primeira e única análise, o benefício ao cidadão e à coletividade. As minhas considerações tem por base o racional teórico-científico atual, explicitado aqui e em textos de comissões estaduais e associativas profissionais das quais participo, e também da observação meticulosa e dedicada desse racional no exercício da prática clínica junto a esses pacientes.Sugestões por tópicos:1.Em relação ao item 2 do PCDT:a)classificação da Síndrome de Hipertensão PulmonarTendo em vista a evolução do conhecimento a respeito da HP, notadamente seus mecanismos e bases patobiológicas, a classificação vem sofrendo atualizações periódicas, as quais auxiliam no manejo do diagnóstico, nas pesquisas terapêuticas de eficácia e segurança e na decisão do tratamento. Sendo assim, sugiro que se adote a classificação mais recente feita pelo documento 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension (European Heart Journal. 2015;37(14):2963-2965). Alterações importantes foram introduzidas nesta versão, incluindo principalmente as formas de subgrupos do Grupo 1 e, principalmente, a do Grupo IV, hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. Neste Grupo houve inclusão de outras formas de obstrução arterial pulmonar – para	A implantação deste Protocolo pode ser ajudada pela ampla discussão com os gestores de saúde local e federal, associado aos pesquisadores e especialistas da área. Penso que a adoção de protocolos nacionais pode racionalizar os gastos com novas tecnologias pelo seu maior poder de negociação com a indústria.	Como participante de centro de referência em HP e de comitês de especialistas e pesquisador na área, participante de administração local em instituição universitária, penso que a gestão de saúde deve implementar mecanismos de discussão permanente sobre a atualização de protocolos. Passa-se muito tempo com isto, o que favorece a judicialização e elevação dos gastos com medicamentos novos.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>além da tromboembolia pulmonar crônica – como os sarcomas, as arterites e as estenoses congênitas da artéria pulmonar, além de outros tumores e parasitoses. Esta versão auxilia no diagnóstico diferencial e planejamento terapêutico adequado à cada condição, não previstos nos documentos anteriores. b Item 2.1, último parágrafo, página 288: Sugiro suprimir o parágrafo, tendo em vista a evidência atual de benefício da terapia combinada inicial entre Ambrisentana e Tadalafila: único estudo nesta modalidade de terapia combinada inicial (ver adiante). 2. Item 4.3 - Exames complementares: a. No primeiro parágrafo, página 289, sugiro incluir na 4ª linha, após "...identificando as tratáveis (Grupo 1)": e os subgrupos do Grupo 4. Isto se explica por três fatores principais: a necessidade de se diagnosticar as doenças relacionadas ao Grupo 4; a indicação de tratamento cirúrgico para a forma tromboembólica crônica (HPTEC) através da tromboendarterectomia pulmonar; - a disponibilidade atual de medicamento específico para os casos de HPTEC não cirúrgica (inoperável) ou com HP persistente após tromboendarterectomia, aprovada inclusive pela ANVISA (VER ADIANTE). b. Explicitar que nos casos de cardiopatia congênita, o método a ser usado para medida do débito cardíaco deve ser o de Fick. 3. Item 4: Determinação da Gravidade – Fatores prognósticos Sugiro atualizar os dados deste item de acordo com a referência atual citada 4. Item 5 Critérios de Inclusão: Conforme discutido no item 1, considerar: a. Inclusão do Grupo 4 (HPTEC) como forma a ser contemplada neste protocolo. A literatura disponível a respeito do tratamento medicamentoso específico deste Grupo é posterior à publicação do PCDT. Es literatura demonstra benefícios do riociguat nos pacientes com HPTEC inoperável ou com HP persistente pós tromboendarterectomia. De fato, estudos clínicos anteriores nesta população com bosentana, sildenafil e iloprost foram negativos para os desfechos primários, embora várias considerações metodol</p>			
				<p>ógicas tenham sido feitas à época. De qualquer forma, os dados atuais são robustos e levaram à aprovação desta droga para esta indicação pelas agências internacionais (FDA, EMA, dentre outras; Ghofrani HA, D'Armini AM, Grimminger F, et al. Riociguat for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. N Engl J Med 2013;369:319–329). Por outro lado, deve-se especificar o tratamento cirúrgico da HPTEC pela tromboendarterectomia pulmonar. Este procedimento consta da tabela de procedimentos do SUS e, é a forma de tratamento com maior potencial de cura dentre as demais forma de HP (considerando todos os grupos da classificação). Esta cirurgia é realizada de forma rotineira em poucos centros no Brasil, e é necessário que esta modalidade seja considerada no PCDT, pois a sua não realização nos casos indicados leva ao prognóstico fatal na maioria dos casos, pois estes casos cirúrgicos não foram incluídos nos ensaios clínicos para medicamentos específicos. Por outro lado, pacientes operáveis mas comorbidades significativas que contraindiquem a cirurgia, não foram, também, incluídos nos estudos clínicos. Adicionalmente, cerca de 30 a 40 % dos pacientes são considerados inoperáveis, por serem os trombos inacessíveis à técnica cirúrgica ou pela elevada resistência vascular pulmonar, desproporcional ao grau de obstrução vascular. Esta decisão necessita de ampla discussão multidisciplinar dentro de centros de referência com experiência cirúrgica. A inclusão deste tópico poderá fomentar, também, a capacitação de centros com esta expertise em outros centros, dada a enorme extensão territorial brasileira, que dificulta o acesso de vários pacientes a esta modalidade de tratamento. b. Em relação ao teste de caminhada Como a HAP é uma doença progressiva, idealmente deve-se ter em mente que o diagnóstico precoce (ou seja, em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional) não contraindica o início de tratamento. Ao contrário, é desejável o diagnóstico ocorra</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>o mais precocemente possível pois esta estratégia reduz a progressão da doença e melhora desfechos como capacidade de exercício e desfechos hemodinâmicos (Gal�� N, Rubin LJ, Hoeger M, et al. Treatment of patients with mildly symptomatic pulmonary arterial hypertension with bosentan (EARLY study): a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2008; 371:2093–2100). Neste sentido, a exclusão de pacientes puramente pelo critério de distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos não se aplica. Como exemplo, em nosso meio, pode-se citar dados brasileiros, em que verificou-se, em amostra de 178 pacientes com HAP, que 45,5% deles encontravam-se em CF III-IV, sendo que aqueles que estavam em CF III (portanto, graves) caminhavam em média 419 metros, valores superiores aos apresentados nos registros espanhol e franc��s, respectivamente 343 e 319 metros, respectivamente (Marc Humbert, Olivier Sitbon, Ari Chaouat, et al. Pulmonary Arterial Hypertension in France: Results from a National Registry. Am J Respir Crit Care Med, 2006;173:1023–1030; Alves JL, Jr, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CJ, Morinaga LT, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: results from a registry of incident brazilian cases. Chest.2015;147(2):495–501).5.��tem 6. Critérios de exclusão. Casos de doença venooclusiva pulmonar deverão ser avaliados em centros de referência. O tratamento com drogas específicas não está indicado. Entretanto, em casos especiais o tratamento pode ser considerado, sob situa��es específicas em que avalia��o especializada �� necessária, com criteriosa vigilância devido ao risco aumentado de edema pulmonar.6.��corrigir o documento a respeito das expressões "hipertensão pulmonar" e "hipertensão arterial pulmonar". Em todo o PCDT não confusão ao se referir �� hipertensão pulmonar dos grupos 2, 3, 4 e 5. Para estes grupos deve ser usada a expressão hipertensão pulmonar (HP). O uso do termo HAP nestas situa��es �� incorreto, o que pode confundir</p>			
				<p>r o leitor �� utiliza��o de fármacos específicos da HAP para as demais popula��es. 7.��tem 8.1 Terapia não medicamentosa: a.��exerc��cio físico – Destacar que o treinamento físico deve ser feito em centros de referência em reabilita��o pulmonar e hipertensão pulmonar e iniciado apenas após estabiliza��o clínica com a otimiza��o do tratamento medicamentoso, supervisionado pelo médico do Centro de Referência.8.��tem 8.2 Terapia medicamentosa. Fármacos aprovados pela ANVISA para o tratamento da HAP e HPTEC e/ou comercializados no Brasil para outro fim. a.��Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC). &amp;#61485;Deve-se destacar que os BCC estão indicados apenas para pacientes com hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI), respondedores ao teste de vasoreatividade pulmonar com óxido nítrico feito no cateterismo cardíaco direito inicial – fase do diagnóstico. No PCDT de 2014, algumas vezes �� citada a indica��o para HAPI, mas outras vezes isto �� feito de forma genérica para HAP, fato que tem gerado interpreta��o equivocada por alguns gestores de saúde. &amp;#61485;Sugere-se a inclusão do diltiazem na lista de bloqueadores de canal de cálcio para esta popula��o.b.��Idenaf��lica: O seu uso em terapia combinada será discutido em item específico. Não consideramos droga de primeira escolha para o tratamento monoter��pico, visto que esta e outras drogas tem nível de evidência e força de recomenda��o semelhantes para os pacientes em classe funcional II e III.c.��Proprata. &amp;#61485;�� necessário acrescentar que a droga necessita de inalador específico.&amp;#61485;Proprata não está contraindicada na gravidez. O seu uso deve levar em conta o benefício materno. O seu uso pode ser considerado nas mulheres que optarem por continuar com a gravidez ou naquelas em que a interrup��o não �� possível. &amp;#61485;Em rela��o ao seu uso em terapia combinada, será discutido em item específico.d.��Ambrisentana. Estudos posteriores �� publica��o do PCDT-2014 demonstraram benefícios da associa��o de ambrisentana e</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>tadalafila (vide adiante) e B. Bosentana. A terapia combinada será discutida em item específico. f. Inclusão da droga Macitentan. O macitentan é um agente antagonista dos receptores ETA e ETB que se liga aos receptores de forma mais sustentada e tem propriedades físico-químicas que permitem maior penetração tissular. A droga tem menor nível de interações com outras drogas, menor toxicidade hepática, sendo dispensáveis ajustes de dose em pacientes com comprometimento renal ou hepático. Estudo de fase III de longa duração contra placebo, e com grande número de pacientes, demonstrou redução significativa dos desfechos primários combinados de mortalidade (por qualquer causa) e morbidade entre os pacientes que usaram a droga, além do aumento significativo da capacidade de exercício (TC6M e CF), o que ocorreu independentemente do uso ou não de outras medicações para HAP. Na dose de 10 mg/dia, a droga reduz a taxa de hospitalizações por todas as causas, sobretudo das hospitalizações relacionadas à HAP. O principal efeito adverso foi anemia (4,3% dos pacientes tratados com 10mg). Mais de 60% dos pacientes incluídos estavam em uso prévio de inibidor de fosfodiesterase-5, o que reforça o benefício da terapia combinada nos tempos atuais (ver adiante). g. Tadalafila A tadalafila foi avaliada em estudo de 16 semanas, placebo controlado, duplo cego, randomizado, em 405 pacientes com HAP (idiopática ou associada), em doses variadas (de 2,5mg até 40mg ao dia). Observou-se efeito positivo quanto ao desfecho primário (distância percorrida no TC6M) de forma dose-dependente, mas apenas a dose de 40mg ao dia atingiu significância estatística neste desfecho, bem como aumentou o tempo para piora clínica (p=0,041). A dose aprovada para uso foi de 40mg ao dia. A droga tem, atualmente, registro na ANVISA (para disfunção erétil) e é comercializada no país. Entretanto, na literatura científica disponível, além da aprovação como monoterapia para HAP, a droga foi testada em terapia combinada in</p>			
				<p>cial com ambrisentana, com desfechos primários positivos em relação às respectivas monoterapias. Penso que esta indicação deveria ser considerada no PCDT (Estudo AMBITION: Nazareno Galie, M.D., Joan A. Barberá, M.D., Adaani E. Frost, M.D, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. N Engl J Med 2015; 373:834-844). h. Riociguat O riociguat é o primeiro agente da classe dos estimuladores da guanilciclase solúvel que, além de estimulá-la diretamente de forma independente do óxido nítrico (NO), também aumenta a sua sensibilidade ao mesmo. A droga tem efeito vasodilatador - não exclusivamente pulmonar, podendo ocorrer alguma vasodilatação sistêmica, além de ter propriedades antiproliferativas e anti-remodelação vascular. A dose deve ser titulada (de 1 até 2,5mg três vezes ao dia), em função da possibilidade de ocorrer hipotensão sistêmica. É o único fármaco que mostrou benefícios na HPTEC (não operável e HP residual). Desta forma, sugere-se a sua inclusão (droga aprovada pela ANVISA). 9. Item 8.3 Tratamento medicamentosos adjuvantes. Em relação ao uso de anticoagulação oral, é preciso destacar a necessidade de avaliar o risco do seu uso. As evidências em estudos retrospectivos foram demonstradas principalmente em pacientes com HAPI, hereditária ou associada ao uso de anorexígenos. Estudos em esclerose sistêmica demonstraram maior risco de sangramento nesta população. Em pacientes com HPTEC a anticoagulação está indicada por tempo indefinido. Não existem estudos em relação aos novos anticoagulantes orais na HAP e na HPTEC. 10. Item 8.4 Linhas de tratamento. Apesar de não existirem estudos que tenham comparado a efetividade em comparação head-to-head entre os fármacos disponíveis para o tratamento da HAP, entendemos que na sua ausência, o critério de custo deve ser considerado, excetuando-se para os pacientes em classe funcional IV, situação em que drogas orais para a HAP são atualmente considerados tratamento de segunda linha em opos</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>ção aos prostanóides. O PCDT 2014 contempla o iloprost, o qual deveria ser reservado para pacientes em classe funcional IV ou em combinação com drogas orais, nesses pacientes.11. Item 8.5 Fármacos. i. Sugerimos incluir o diltiazem, bloqueador de canal de cálcio mais utilizado em pacientes com HAPI que respondem ao teste agudo de vasorreatividade. j. Apesar do PCDT-HAP incluir fármacos de três classes (inibidores da fosfodiesterase-5 – sildenafil; análogo da prostaciclina – iloprost; antagonista dos receptores de endotelina – ambrisentana e bosentana), a iloprost não está, de fato, disponível comercialmente no Brasil. Tal fato, acaba por gerar a falsa impressão de possibilidade terapêutica, com repercussões negativas no manejo do paciente. É de suma importância, a disponibilização real de um análogo de prostaciclina como parte do arsenal terapêutico para pacientes com HAP. k. Acrescentar tadalafila, pelas razões explicadas no item 8. g). l. Acrescentar macitentan, de acordo com o explicitado no item 8. f). m. Acrescentar riociguate para o tratamento da HPTEC.12. Item 8.6 Esquemas de administração. Bloqueadores de canal de cálcio. Incluir diltiazem. b. Enfatiza-se que a dose do iloprost é aquela atingida no aplicador bucal do inalador e não a inserida no inalador, portanto a posologia é de uma ampola de 1 mL (10 mcg) a 2 mL (20mcg), 6 a 9 vezes a dia, dependendo da dose desejada. A dose de 2,5 mcg no aplicador bucal no dispositivo Venta-Neb, tem o tempo de inalação calculado de 4 min. O conteúdo da ampola não deve ser fracionado por sua baixa estabilidade. c. Acrescentar especificações da macitentan, tadalafila e riociguate.13. Item 8.7 Tempo de tratamento e critérios de resposta terapêutica. O PCDT-HAP recomenda que nos pacientes que não apresentem critérios de resposta ao tratamento instituído, seja com sildenafil, iloprost, ambrisentana ou bosentana, as medicações devam ser suspensas. Não há nenhum estudo que demonstre segurança com esta estratégia. Todos os</p>			
				<p>ensaios clínicos avaliaram a resposta terapêutica com associação sequencial de fármacos. Considerando-se a gravidade da doença, tal recomendação constitui um risco aos pacientes até que tal abordagem seja devidamente estudada e tenha sua segurança comprovada. A ausência de melhora inicial após o início de alguma classe terapêutica não significa necessariamente ausência de ação do medicamento, podendo representar, por exemplo, interrupção do processo de piora em curso. Estima-se que no Estado de São Paulo aproximadamente 40% dos pacientes encontra-se em terapia combinada com dois fármacos de classes diferentes. Quinze por cento dos pacientes tem indicação de associação de um terceiro fármaco, um derivado da prostaciclina, não comercializado no Brasil. Informamos que a suspensão de um dos fármacos, mantendo a monoterapia nos pacientes graves acarretará em risco iminente de descompensação clínica e óbito.14. Item 8.8 Benefícios esperados. O nível da pressão da artéria pulmonar não está relacionado à gravidade da HAP, como também não tem poder de predição de prognóstico. Retirar a “redução da pressão da artéria pulmonar” como benefício esperado.15. Item 8.9 Combinação de fármacos: Racional para terapia combinada para HAP. Ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento de medicamentos específicos mudou de forma muito significativa o tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP). São três as vias fisiopatológicas alvo dos medicamentos atualmente disponíveis: a via da prostaciclina, do óxido nítrico e da endotelina-1 (1). Uma meta-análise dos ensaios clínicos randomizados evidenciou que o uso destas medicações reduziu em 40% a mortalidade associada à HAP (2), algo particularmente relevante considerando-se que, anteriormente, a sobrevida média dos pacientes era de cerca de dois anos e meio (3). Por serem direcionados a vias fisiopatológicas distintas e pelo fato do prognóstico da HAP, apesar da melhora inequívoca, ainda ser reservado, com mortalidade de cerca de 10 a 15% a</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>o ano (4-6), a combinação de medicamentos de cada uma dessas vias foi a alternativa natural na evolução do tratamento. Desde então, vários estudos analisaram o impacto da combinação de medicamentos no manejo de pacientes com HAP, seja diretamente, seja como análise de subgrupo, demonstrando que a adição de um segundo medicamento leva à melhora da capacidade de exercício, melhora hemodinâmica e retardado na progressão da doença, caracterizado principalmente por diminuição no número de Internações e pelo aumento no tempo até piora de sintomas (7-11). Mais recentemente, um grande ensaio clínico randomizado comparou a abordagem inicial com dois medicamentos contra a abordagem com monoterapia e evidenciou que o tratamento inicial já com combinação foi associado à diminuição significativa da progressão de doença, com retardo na piora de sintomas e diminuição das hospitalizações. Vale ressaltar que além do impacto de custo, hospitalizações são diretamente associadas a pior mortalidade em HAP (12). Uma metanálise publicada em 2016, incluindo 17 estudos que avaliaram o papel da terapia combinada no tratamento da HAP, confirmou esses achados(13). O uso do tratamento combinado não apenas foi relacionado à melhora na capacidade de exercício (mensurada através do teste de caminhada de seis minutos) mas, principalmente, associada a menor deterioração clínica. Mais importante, o efeito benéfico associado ao uso de terapia combinada foi consistente em todos os subgrupos analisados, incluindo-se todas as classes de medicamentos. Esses dados reforçam o conceito de que, na HAP, uma situação clínica com taxas ainda inaceitáveis de mortalidade, o uso de terapia combinada é superior ao tratamento com monoterapia no controle da progressão da doença, mesmo considerando a ausência de dados avaliando diretamente o impacto desta estratégia terapêutica na mortalidade. Mais ainda, faz-se necessário ressaltar a ausência de quaisquer dados dando base à substituição de medicamentos de diferentes class</p>			
				<p>es quando a resposta inicial ao tratamento com monoterapia é insuficiente. Se possível, tal abordagem seria desejável, a fim de evitar uso desnecessário de medicamentos; contudo, não existem dados de segurança e muito menos de efetividade de tal abordagem. Mais uma vez, considerando a mortalidade associada à HAP, a substituição sugerida no protocolo atual não apenas carece de dados quanto a sua aplicabilidade, como pode significar um risco aos pacientes. Desta forma, é necessária a revisão do protocolo atual no que diz respeito ao uso de terapia combinada na HAP. Não apenas não pode ser sugerida a substituição de medicamentos de diferentes classes, como a possibilidade de combinação deve ser contemplada de forma mais objetiva. A sugestão é de que os pacientes iniciem o tratamento com monoterapia e que sejam reavaliados quanto à resposta terapêutica em até 4 meses; no caso de resposta inadequada ou insuficiente, deve ser permitida a combinação com medicamentos de classes distintas a que foi utilizada como primeira linha. Tal abordagem possui hoje dados suficientes para embasá-la como recomendação. Referências adicionais: 1. Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Treatment of pulmonary arterial hypertension. The New England journal of medicine. 2004 Sep 30;351(14):1425-36. PubMed PMID: 15459304. 2. Galie N, Manes A, Negro L, Palazzini M, Bacchi Reggiani ML, Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. European heart journal. 2009 Feb;30(4):394-403. PubMed PMID: 19155250. Pubmed Central PMCID: 2642921. 3. D'Alonzo GE, Barst RJ, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Annals of internal medicine. 1991 Sep 1;115(5):343-9. PubMed PMID: 1863023. 4. Humbert M, Simonneau G. Survival in patients with idiopathic, familial and anorexigen-associated pulmonary arterial hypertension in the modern management era. The European r</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>respiratory journal. 2009;34(Suppl 53):700S Abstract.5. Benza RL, Miller DP, Gomberg-Maitland M, Frantz RP, Foreman AJ, Coffey CS, et al. Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL). Circulation. 2010 Jul 13;122(2):164-72. PubMed PMID: 20585012.6. Alves JIL, Gavilanes F, Jardim C, Fernandes CICds, Morinaga LTK, Dias B, et al. Pulmonary arterial hypertension in the southern hemisphere: Results from a registry of incident Brazilian cases. Chest. 2015;147(2):495-501.7. Bulido T, Adzerikho I, Channick RN, Delcroix M, Galie N, Ghofrani HA, et al. Macitentan and morbidity and mortality in pulmonary arterial hypertension. The New England Journal of medicine. 2013 Aug 29;369(9):809-18. PubMed PMID: 23984728.8. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galie N, et al. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. The New England Journal of medicine. 2015 Dec 24;373(26):2522-33. PubMed PMID: 26699168.9. Ghofrani H, Galie N, Grimminger F, Humbert M, Keogh A, Langenbrun D, et al. Riociguat for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (PATENT-1). Chest. 2012;142(4. Meeting Abstracts):10. Simonneau G, Rubin I, Galie N, Barst R, Fleming T, Frost A, et al. Addition of sildenafil to long-term intravenous epoprostenol therapy in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized trial. Annals of Internal Medicine. 2008;149(8):521-30.11. Galie N, Barbera JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoepfer MM, McLaughlin VV, et al. Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. The New England Journal of medicine. 2015 Aug 27;373(9):834-44. PubMed PMID: 26308684.12. Burger CD, Long PK, Shah MR, McGoon MD, Miller DP, Romero AJ, et al. Characterization of first-time hospitalizations in patients with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension in the REVE</p>			
				<p>AI registry. Chest. 2014 Nov;146(5):1263-73. PubMed PMID: 24901386. PubMed Central PMCID: 4219341.13. Bajole AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. The Lancet Respiratory medicine. 2016 Apr;4(4):291-305. PubMed PMID: 26935844.</p>			
26/10/2016		Doença de Gaucher	Ruim	<p>A opção terapêutica deve ser colocada em igual critério para os pacientes. Há pacientes que não toleram a TRE, devendo ter outra forma de administração. Como há mais de um produto e todos atendem a casos específicos, estes devem ser colocados para a escolha médica, inclusive para caso seja necessário, para uso concomitante.</p>	<p>Tendo em vista o cotidiano que a cada dia se torna mais dentro da normalidade para uma pessoa acometida pela doença de Gaucher e visto a eficácia dos tratamentos à disposição, é fato que alternativas terapêuticas se tornam necessárias para a adaptação e melhor otimização de medicamento/tratamento. Cada qual, dentro dos critérios estabelecidos, devem ter ao seu alcance todo tipo de terapia e assim fazer do seu tratamento, seu bem estar com garantia.</p>		
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	<p>1. Inclusão de cálculo de taxa de filtração glomerular pelas fórmulas de MDRD e CKD-Epi, mais adequadas que a Cockcroft Gault, e de fácil realização através de aplicativos.2. Retirada da menção ao muromonabe CD3, que foi retirado do mercado brasileiro em 2011.3. Desde a última revisão, em 2014, novos estudos e metanálises com imunossupressores foram publicados. Vale ressaltar a metanálise da Cochrane comparando azatioprina e micofenolato (2015), que mostra menores taxas de rejeição aguda e menor disfunção do enxerto com micofenolato. Desta forma, derivados do ácido micofenólico deveriam ser considerados como imunossupressão de indução e manutenção, e não apenas alternativas, como nesta PCDT. Também estudos demonstram que a utilização de inibidores de mTOR reduzem o risco de infecções por CMV e BK vírus. Considerando a dificuldade para profilaxia universal (Proposta da PCDT), este grupo de drogas poderia ser considerado como terapia inicial, mesmo porque complicações associadas a ferida cirúrgica tiveram redução de incidência sem a utilização da dose de ataque.4. Considerar basiliximabe como terapia de indução, uma vez que metanálises mostram eficácia semelhante a timoglobulina para pacientes de baixo risco imunológico.5. Atualizar o diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpos, inserindo a possibilidade de C4d negativo, conforme a classificação de Banff de 2013.6. A imunossupressão deve ser individualizada, e não baseada apenas em hard points, como rejeição aguda. Assim, o fluxograma previsto dificulta a adequação terapêutica.</p>	<p>Dificulta, a medida em que a individualização da imunossupressão fica comprometida pelo fluxograma proposto.</p>		
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Regular	<p>a) Existe o FRAX modelo Brasil desde 2015Ref: Incidence of hip fracture in Brazil and the development of a FRAX model.C. A. F. Zerbin, V. L. Szejnfeld, B.H. Abergaria, E. V. McCloskey, H. Johansson, J. A. Kanis - Arch Osteoporos (2015) 10:28 DOI 10.1007/s11657-015-0224-5b) Vários estudos não referenciados de Denosumabe mostram sua eficácia e boa segurança sendo inclusive eficaz e seguro em pacientes com graus 2 e 3 de insuficiência renal</p>	<p>Divulgação correta de estudo de eficácia e segurança das medicações disponíveis no mercado. Melhor conhecimento da doença e suas consequências físicas e econômicas. Melhor conhecimento de medidas preventivas</p>	<p>A elaboração do protocolo está ignorando grande volume de literatura. Há desconhecimento de estudos publicados inclusive há alguns anos como o FRAX modelo Brasileiro publicado em 2015 e referenciado muitas vezes inclusive no New England Journal of Medicine e vários estudos sobre a terparatida e o Denosumabe.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>Um dos pontos que mais impactaram negativamente os nossos pacientes assistidos foi sobre a liberdade de escolha do profissional de saúde (médico) em relação aos medicamentos e às estratégias terapêuticas de acordo com a necessidade do paciente com base nas recomendações científicas atuais. O ideal também seria incluir a terapia combinada inicial e sequencial e também incluir opções terapêuticas com comprovado impacto na morbimortalidade de pacientes com HAP (Macitentan e Selexipague).</p>	<p>Ainda falta de estrutura adequada para realização de diagnóstico da HAP, como por exemplo, a realização de cateterismo cardíaco direito e de acompanhamento adequado do paciente. Outro ponto que dificulta é a exigência de cateterismo cardíaco direito mesmo em pacientes com estado de saúde grave em risco de morte.</p>	<p>Sim, estamos extremamente apreensivos com a falta de regularidade no fornecimento dos medicamentos pelas secretarias estaduais, elevando o índice de óbitos, bem como a falta de leitos específicos para internação de pacientes graves de HAP, em todo o Brasil.</p>	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Asma	Regular	Os comentários e as sugestões encontram-se no arquivo anexo.		Os comentários e as sugestões encontram-se no arquivo anexo.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Asma	Ruim	<p>O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma do Ministério da Saúde classifica a asma em intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave [PCDT – Asma, 2013]. Nesse protocolo, a conduta inicial para tratamento da asma é definida de acordo com a gravidade da asma e o tratamento de manutenção é baseado no grau de controle [PCDT – Asma, 2013]. O Protocolo de Diretrizes Terapêuticas da Asma [PCDT – Asma, 2013] baseia-se nas IV Diretrizes Brasileiras de Manejo da Asma de 2006 [SBPT 2006], onde a classificação da doença é realizada através da avaliação da intensidade dos sintomas, limitação ao fluxo aéreo e função pulmonar dos pacientes, seguindo o GINA 2006 como referência, o qual ainda apresentava a classificação de gravidade da asma como intermitente ou persistente (leve, moderada e grave) [GINA 2006]. Entretanto, desde 2013, o GINA passou a classificar a gravidade da asma de acordo com o nível de tratamento necessário para controlar os sintomas e as exacerbações [GINA 2012, atualizado em 2013; GINA 2015], sendo: Asma leve: asma que está bem controlada com a etapa 1 ou etapa 2 do tratamento, isto é, apenas com o uso de medicação de resgate, quando necessário ou baixas doses de corticoide inalatório (CI). Asma moderada: asma que está bem controlada com a etapa 3 do tratamento, ou seja, baixa dose de CI associado a um beta2-agonista de longa ação (LABA). Asma grave: asma que requer a etapa 4 ou a etapa 5 de tratamento, ou seja, média ou alta dose de CI / LABA associado ou não a anti-IgE ou tiotropio ou corticoide oral [GINA 2015]. Estima-se que 2,4% dos casos de asma requerem a etapa 5 de tratamento [Hoskins, et al. 2000]. Em linha com o GINA, a SBPT também atualizou a classificação da gravidade da asma em suas diretrizes em 2012, considerando: asma leve aquela que, para ser bem controlada, necessita de baixa intensidade de tratamento (etapa 2); asma moderada aquela que necessita de intensidade intermediária (etapa 3); e asma grave,</p>	<p>Frente às diretrizes atuais, como GINA e SBPT, o PCDT encontra-se defasado em pelo menos 10 anos, fazendo com que os pacientes brasileiros com asma alérgica grave não controlada tenha o corticoide oral como única alternativa de tratamento. O PCDT da asma 2013 está desalinhado com o que a Sociedade Médica e a prática clínica brasileira consideram atualmente como um manejo mais adequado para pacientes com asma alérgica grave não controlada. O PCDT vigente não atende os pacientes brasileiros com asma grave, que têm hoje, como única opção de tratamento, os corticoides orais, cujo uso contínuo pode levar ao aparecimento de efeitos adversos potencialmente graves como diabetes, hipertensão, obesidade, osteoporose, glaucoma dentre outras comorbidades, conforme já ressaltado pelas diretrizes da SBPT-2012.</p>		
				<p>necessita alta intensidade de tratamento (etapas 4 e 5) [SBPT 2012]. Sendo assim, a classificação de gravidade da asma no PCDT vigente encontra-se muito defasada em relação às diretrizes internacionais e nacionais, necessitando ser atualizada de acordo com os guidelines atuais [SBPT 2012; GINA 2015] para melhor atender as necessidades dos pacientes com asma em todos os níveis de gravidade da doença. Para o tratamento da asma grave, por exemplo, o PCDT vigente recomenda o uso de altas doses de CI associado a LABA; no caso da doença não ser controlada com esses medicamentos, pode-se aumentar a dose dos medicamentos e associar corticoide oral na dose mínima efetiva. [PCDT – Asma, 2013]. Por outro lado, desde 2014, o GINA considera a terapia anti-IgE como uma opção preferencial de tratamento para pacientes com asma grave não controlada apesar de médias ou altas doses de CI/LABA, com nível de evidência A. Adicionalmente, o corticoide oral em baixas doses (&amp;#8804;7.5 mg/dia prednisona ou equivalente) passou a ser considerado como um tratamento opcional com nível de evidência D, alertando para os frequentes efeitos colaterais associados, recomendando que seja considerado apenas em adultos [GINA 2014; GINA 2015]. Portanto, o PCDT vigente apresenta uma clara necessidade não atendida para o tratamento dos pacientes com asma grave não controlada com terapia padrão (CI/LABA), por terapias mais efetivas e seguras. Pacientes com asma alérgica grave não controlada mesmo com uso de altas doses de CI/LABA têm uma qualidade de vida precária causada por exacerbações frequentes, além de estarem predispostos a efeitos adversos significativos das medicações, apresentam ainda um número maior de comorbidades [Heaney 2005; Rabe 2000; Rabe 2004]. Embora esses pacientes sejam a minoria, eles respondem por uma grande parte dos custos indiretos e diretos relacionados ao cuidado da asma e consomem uma quantidade desproporcional de recursos e tempo do médico [Marshall 2004]. Adicionalmente, o PCDT</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>vigente baseia-se na revisão da Cochrane 2014 [Normansell 2014] para avaliar os benefícios do omalizumabe num perfil de paciente com asma mais grave (necessita de altas doses de corticoide inalatório ou corticóide oral) e refere que o omalizumabe não mostrou benefícios nesses pacientes. No entanto, é importante destacar que, em linha com as diretrizes internacionais e nacionais de tratamento da asma, o perfil adequado de pacientes elegíveis ao omalizumabe são aqueles com a asma alérgica grave não controlada apesar do uso de média ou alta dose de corticoide inalatório (CI) associado a um beta2-agonista de longa ação (LABA) [SBPT 2012; GINA 2015]. Ao longo dos anos, esse mesmo paciente recebeu diversas denominações diferentes para sua classificação de gravidade de acordo com o que os guidelines ou autores julgavam mais adequado no momento. Atualmente, a classificação adotada pelo GINA e SBPT, desde 2013, define esse paciente como asma grave não controlada apesar do step 4 de tratamento, ou seja, asma grave não controlada apesar do uso de média ou alta dose de corticoide inalatório (CI) associado a LABA [SBPT 2012; GINA 2015]. Diante disso, reforçamos que independente da nomenclatura utilizada, o paciente elegível para o omalizumabe é aquele com asma alérgica grave não controlada apesar do uso de média ou alta dose de corticoide inalatório (CI) associado a um beta2-agonista de longa ação (LABA), para o qual existem amplas evidências clínicas robustas que comprovam os benefícios clínicos significativos de omalizumabe como: a redução do número de exacerbações em até 79% (Cazzola et al., 2010), redução de até 95% hospitalização (Cazzola et al., 2010), 62,7% de redução do corticóide oral (Siergiejko et al., 2011), mais de 50% de redução de uso de medicação de resgate (Braunstahl et al., 2013), melhora da qualidade de vida (A.S. Rubin, 2012), melhora da função pulmonar (Braunstahl et al., 2013) em pacientes com asma alérgica não controlada apesar de media ou alta dose de CI</p>			
				<p>/LABA após introdução do omalizumabe. Por fim, outro ponto de potencial melhoria no PCDT atual refere-se ao objetivo do tratamento da asma. O PCDT vigente da asma define como objetivo a melhora da qualidade de vida, obtida pelo controle dos sintomas e melhora ou estabilização da função pulmonar. Isso pode ser atingido na maior parte dos casos, devendo o tratamento incluir, obrigatoriamente, medidas não farmacológicas (medidas educativas, controle de fatores desencadeantes/ agravantes), indicadas em todos os casos, e farmacoterapia, conforme indicado. No entanto, os protocolos clínicos mais atuais, como o GINA 2015, referem que os objetivos a longo prazo do tratamento da asma são o bom controle dos sintomas e a minimização do risco futuro de exacerbações, limitação do fluxo aéreo e efeitos colaterais do tratamento. [GINA 2015] Referências bibliográficas: Barnes N, Menzies-Gow A, Mansur AH, et al. Effectiveness of omalizumab in severe allergic asthma: a retrospective UK real-world study. J Asthma. 2013 Jun;50(5):529-36. Braunstahl GJ, Chen CW, Maykut R, et al. The exPerience registry: the 'real-world' effectiveness of omalizumab in allergic asthma. Respir Med. 2013 Aug;107(8):1141-51. Brodlie M, McKean MC, Moss S, et al. The oral corticosteroidsparing effect of omalizumab in children with severe asthma. Arch Dis Child. 2012 Jul;97(7):604-9. Cazzola M, Camiciottoli G, Bonavia M, et al. Italian real-life experience of omalizumab. Respir Med. 2010 Oct;104(10):1410-6. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2006. Disponível em: <a href="http://www.ginasthma.org">http://www.ginasthma.org</a>. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2012, updated in 2013. Disponível em: <a href="http://www.ginasthma.org">http://www.ginasthma.org</a>. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2015. Disponível em: <a href="http://www.ginasthma.org">http://www.ginasthma.org</a>. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>014. Disponível em: <a href="http://www.ginasthma.org">http://www.ginasthma.org</a> Heaney LG, Conway E, Kelly C, Gamble J. Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: relationship to asthma outcome. <i>Respir Med.</i> 2005 Sep;99(9):1152-9. Hoskins G, McCowan C, Neville RG, Thomas GE, et al. Risk factors and costs associated with an asthma attack. <i>Thorax.</i> 2000 Jan;55(1):19-24. Marshall GD, Jr., Sorkness CA. IgE-blocking therapy for difficult-to-treat asthma: a brief review. <i>Manag Care.</i> 2004;13(3):45-50. <i>Manag Care.</i> 2004;13(3):45-50. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.317, 25 de novembro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma. Disponível em: <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt1317_25_11_2013.pdf">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt1317_25_11_2013.pdf</a>. Molid mard M, Buhl R, Niven R, et al. Omalizumab reduces oral corticosteroid use in patients with severe allergic asthma: real-life data. <i>Respir Med.</i> 2010 Sep;104(9):1381-5. Normansell R, Walker S, Millan SJ, et al. Omalizumab for asthma in adults and children. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Jan 13;1:CD003559. Rabe KF, Adachi M, Lai CK et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. <i>J Allergy Clin Immunol.</i> 2004;114(1):40-47. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. <i>Eur Respir J.</i> 2000 Nov;16(5):802-7. Rubin A, Souza-Machado A, Andrade-Liam M, Ferreira F, Honda A., Matoso T. Effect of Omalizumab as Add-on Therapy on asthma-related Quality of life in Severe Allergic Asthma: A Brazilian study (QUALITX). <i>Asthma J.</i> 2012;1-6. Siergiejko Z, Swiebocka E, Smith N, et al. Oral corticosteroid sparing with omalizumab in severe allergic (IgE-mediated) asthma patients. <i>Curr Med Res Opin.</i> 2011 Nov;27(11):2223-8. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2006. <i>J Bras Pneumol.</i> 2006;32(Supl 7):S 447-S 474. Sociedade</p>			
				Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012. <i>J Bras Pneumol.</i> 2012 38(1) S1-46.			
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Solicito a inclusão de novas medicações para o tratamento de pacientes e que seja incorporada a terapia combinada (uso de mais de uma medicação no tratamento)		Solicito a inclusão de novas medicações para o tratamento de pacientes e que seja incorporada a terapia combinada (uso de mais de uma medicação no tratamento)	
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	Os comentários e as contribuições estão no arquivo anexo.		Os comentários e as contribuições estão no arquivo anexo.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	Vide ANEXO	1) Iloprost apesar de ter registro na ANVISA, ainda não é comercializada no país, sendo que na prática os pacientes não tem acesso ao medicamento, e quando indicado, há necessidade de judicialização. 2) A necessidade de acompanhamento em Centros de Referência, é um ponto positivo no Estado de São Paulo.	Como médica assistente do setor de doenças da circulação pulmonar da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e experiência na área, fico à disposição para colaborar no aprimoramento desta PCDT.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Doença de Gaucher	Ruim	- Nos critérios menores, o uso de Miglustate não deve ficar restrito à falha terapêutica ao Tratamento de Reposição Enzimática (TRE). O medicamento precisa ser incluído como primeira linha de tratamento conforme consensos internacionais. Além disso, não s	- Pacientes que necessitam se ausentar do trabalho para se tratarem ou levarem seus familiares para a terapia de reposição enzimática em escassos centros preparados para este tipo de tratamento tem dificuldade para a adesão à TRE. - Em alguns estados, os p	Em relação à Inibição de Síntese de Substrato (ISS), o Miglustate não apresenta interações medicamentosas importante conhecidas, sendo desnecessários exames para avaliar a velocidade de metabolização de drogas pelo paciente, como ocorre com o outra terapia de ISS existente. Os pacientes com Doença de Gaucher podem apresentar com frequência outras doenças concomitantes e utilizarem outros medicamentos, podendo haver potenciais interações medicamentosas.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Profissional de saúde	Doença de Gaucher	Ruim	Acredito que a opção terapêutica oral representada pelo miglustate deve ser oferecida também como de primeira linha, uma vez que os estudos internacionais e protocolos clínicos referem eficácia equivalente a TRE. Um outro aspecto a ser considerado é a possibilidade da terapia combinada TRE + ISS nos casos de doença óssea ativa, sabidamente pouco responsiva à TRE mesmo em doses elevadas, considerando-se a redução do custo destas terapias nos últimos anos. Vale lembrar que o uso da terapia com miglustate na doença do tipo 3 é quase mandatório visto a pobre penetração na barreira hematoencefálica pelas enzimas de reposição, fato inverso a da efetiva penetração do miglustate através desta barreira, em função do seu baixo peso molecular, dado amplamente documentado. Esta opção na terapêutica do tipo 3 define o tamanho e a limitação imposta pela(s) lesão(ões) neurológicas advindas desta característica farmacológica.	A maioria dos pacientes com esta doença moram distantes dos centros de referência e são, em boa parte, obrigados a longos deslocamentos quinzenais para receber a infusão. Os que se tratam em seus municípios ou em municípios mais próximos, recebem a infusão em locais com recursos assistenciais muito próximos do mínimo necessário estabelecido pelo protocolo. Estas infusões muitas vezes levam pacientes a perder um dia de trabalho ou comparecimento a escola, tornando sua qualidade de vida inferior. Estes fatores contribuem para faltas frequentes a infusão, caracterizando falha na adesão ao tratamento.	O baixo nível educacional da maioria dos pacientes e a excessiva concentração destes em pouquíssimos especialistas assistentes costuma levar a uma "apropriação" dos pacientes por seus médicos, de tal forma que os pacientes só são informados do que interessa a seu médico que eles saibam, não são devidamente esclarecidos sobre as alternativas terapêuticas nem suas características e direitos. Seria importante aumentar o número de centros de referência ou, pelo menos, de médicos aptos e credenciados a tratar a doença. O protocolo poderia estabelecer a livre portabilidade dos pacientes para que transitem entre os especialistas e ouçam uma segunda opinião.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Muito Ruim	<p>Ao Ministério da Saúde em resposta à enquete por consulta pública e solicitação de contribuição ao PCDT para OSTEOPOROSE, apresento as seguintes sugestões: Os medicamentos fornecidos pelo SUS atendem a algumas necessidades dos pacientes diagnosticados com osteoporose. Todavia, há situações em que os medicamentos antirreabsorptivos (a saber, da classe dos BISFOSFONATOS: ALENDRONATO DE SÓDIO e RISEDRONATO DE SÓDIO) disponibilizados pelo SUS, podem acarretar efeitos colaterais gastrointestinais<sup>1</sup>, sendo um dos mais frequentes a dispepsia (queimação no estômago) ou esofagite (inflamação do esôfago) motivo que pode levar o paciente a abandonar o tratamento. Em outras situações, o medicamento é contraindicado, como alcalose de esôfago e esôfago de Barrett<sup>2</sup>. Nesta situação, deve-se utilizar a via endovenosa, no caso, o ZOLEDRONATO. Quando há insuficiência renal (DCE&lt; 15 a 30 ml/min), está contraindicado o uso de qualquer BISFOSFONATO. Quanto ao PAMIDRONATO, não há evidências científicas de sua eficácia antifratura na osteoporose, não devendo ser prescrito para este diagnóstico. NÃO faz parte da lista de medicamentos aprovados ou recomendados para tratamento da Osteoporose de nenhum Consenso das Sociedades Científicas em todo o mundo. 1 - Reid IR. Bisphosphonates in the treatment of osteoporosis: a review of their contribution and controversies. <i>Skeletal Radiol.</i> 2011 Sep;40(9):1191-6.2 - Wysowski DK. Reports of esophageal cancer with oral bisphosphonate use. <i>N Engl J Med.</i> 2009;360(1):89. TERIPARATIDA deve ser incluída na lista de medicamentos para tratamento da osteoporose fornecidos pelo SUS, por ser a única medicação anabólica (ou seja, que atua basicamente aumentando a massa óssea por estimular a formação da mesma) disponível do mercado. O estudo pivotal do medicamento publicado na conceituada revista médica <i>New England Journal of Medicine</i>, por Neer e colaboradores<sup>3</sup> em 2001 demonstrou que o medicamento tem eficácia contra fraturas vertebrais (redução do risco em 65%) e não</p>	Auxilia em muito o devido e precoce tratamento da doença, muito prevalente, mas tão subestimada	Sim. Gostaria que essa contribuição fosse valorizada, pois sou profissional da saúde, médica reumatologista, que trabalho em saúde pública e atendo muitos pacientes com risco e com a doença. Esse atual PCDT está totalmente desatualizado e não contempla a maioria dos pacientes que devem fazer o tratamento adequado. Essa revisão que apresento faz coro aos demais colegas e sociedades médicas, que vêm há anos tentando modificá-lo para melhor. Gostaria, também, de informar que existe uma sociedade médica brasileira especialista em Osteoporose: ABRASSO. Esta deveria ser consultada para agilizar a reformulação e atualização do PCDT, estamos à disposição e temos muito interesse em auxiliar no manejo precoce desses pacientes, inclusive, para reduzir custos nesse atendimento.	
				<p>vertebrais (redução do risco em 53%). O medicamento deve ser prescrito por, no máximo, 24 meses.<sup>3,4</sup> O limite de 24 meses se deve ao risco de osteosarcoma, um câncer ósseo raro, que foi detectado nos estudos em animais que utilizaram a Teriparatida.<sup>5</sup> Neste sentido, indivíduos com alto risco basal de osteosarcoma, tais como pacientes com doença de Paget óssea, história prévia de radioterapia para tratamento de câncer, elevação não justificada da fosfatase alcalina sérica ou pacientes com epíflises ósseas abertas, ou seja, ainda em fase de crescimento, tais como criança ou adolescente não são candidatos ao tratamento com Teriparatida.<sup>5,6</sup> Outras situações em que não se deve prescrever Teriparatida: - Pacientes com hiperparatireoidismo primário ou secundário, mesmo que tenha baixa massa óssea; - Pacientes com distúrbios associados com hipercalemia (doença granulomatosa crônica, hipercalemia da malignidade) devido à possibilidade de piora da hipercalemia; - Pacientes com malignidade pré-existente, insuficiência renal e litíase renal, deve-se ponderar custos e benefícios antes da prescrição da medicação. Após o término do ciclo da Teriparatida, deve-se prescrever um antirreabsorptivo para preservar ou aumentar a massa óssea ganha com o tratamento anabólico.<sup>3</sup> - Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, Prince R, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. <i>N Engl J Med.</i> 2001;344(19):1434-41.4 - Greenspan SL, Bone HG, Ettinger MP, Hanley DA, Lindsay R, Zanchetta JR, Blosch CM, Mathisen AL, Morris SA, Marriott TB. Treatment of Osteoporosis with Parathyroid Hormone Study Group. Effect of recombinant human parathyroid hormone (1-84) on vertebral fracture and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized trial. <i>Ann Intern Med.</i> 2007;146(5):326.5 - Vahle JL, Sato M, Long GG, Young JK, Francis PC, Engelhardt JA, Westmore MS, Linda Y, Nold JB. Skeletal changes in rats given daily subcu</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>taneous injections of recombinant human parathyroid hormone (1-34) for 2 years and relevance to human safety. Toxicol Pathol. 2002;30(3):312.6 - Tashjian AH Jr, Chabner BA. Commentary on clinical safety of recombinant human parathyroid hormone 1-34 in the treatment of osteoporosis in men and postmenopausal women. J Bone Miner Res. 2002;17(7):1151.0s potencias candidatos para Teriparatida são homens e mulheres com 7,8- 65 anos ou mais e T-score de -4.0 ou mais baixo ou T-score de -3.5 e mais do que duas fraturas de fragilidade.- Com 55 a 64 anos e T-score de -4.0 ou mais baixo e mais do que duas fraturas de fragilidade.- Osteoporose induzida por glicocorticóide.- Falência terapêutica com outros medicamentos (fratura de fragilidade com perda de massa óssea apesar da adesão terapêutica). 7 - Hodsman AB, Bauer DC, Dempster DW, Dian L, Hanley DA, Harris ST, Kendler DL, McClung MR, Miller PD, Olszynski WP, Orwoll E, Yuen CK. Parathyroid hormone and teriparatide for the treatment of osteoporosis: a review of the evidence and suggested guidelines for its use. Endocr Rev. 2005;26(5):688.8 - Cranney A, Papaioannou A, Zytaruk N, Hanley D, Adachi J, Goltzman D, Murray T, Hodsman A, Clinical Guidelines Committee of Osteoporosis Canada. Parathyroid hormone for the treatment of osteoporosis: a systematic review. CMAJ. 2006;175(11):S29 - <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/TA161/chapter/1/guidance">https://www.nice.org.uk/guidance/TA161/chapter/1/guidance</a>. Acessado em 14 de setembro de 2016.DENOSUMABE deve ser incorporado aos medicamentos para tratamento da osteoporose pelo SUS, por se tratar de anti-reabsortivo. Todavia, diferentemente dos bisfosfonatos orais, este medicamento é aplicado por via subcutânea semestralmente, podendo ser utilizado nos pacientes com contraindicações aos bisfosfonatos orais por efeitos colaterais gastrointestinais ou por apresentarem esofagite, acalasia de esfôago ou esfôago de Barret.Outra indicação do medicamento é em pacientes com clearance de creatinina entre 15 a 30 ml/min, quando é contraindicado o uso dos Bis</p>			
				<p>fosfonatos. Todavia, as anormalidades ósseas relacionada à insuficiência renal crônica tem várias formas de apresentação e o médico deve afastar doença óssea adinâmica antes da prescrição do denosumabe. Devido ao ganho de massa óssea com o denosumabe ser maior do que o encontrado com outros tratamentos, como os bisfosfonatos (apesar de não serem estudos comparativos diretos, os chamados estudos Head to Head), pode ser opção nos pacientes com alto risco de fraturas e densidade mineral óssea muito baixa. O tratamento com denosumabe por até 8 anos levou a reduções persistentes dos marcadores da remodelação óssea, ganhos contínuos de DMO e redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril em mulheres pós- menopausa com osteoporose.10 As indicações aprovadas são: - Mulheres10 e homens11 com alto risco de fratura (história de fratura osteoporótica, múltiplos fatores de risco para fratura)- Pacientes que apresentaram falência ou são intolerantes aos bisfosfonatos.- Pacientes após realização de cirurgia bariátrica, com síndromes de má absorção intestinal (retocolite ulcerativa e doença de Chron), em que o tratamento com bisfosfonato oral não é uma boa opção pela menor absorção medicamentosa, ou pacientes acamados, que teriam alto risco de esofagite pelo refluxo.10 - Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al.; FREEDOM Trial. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med. 2009;361(8):756-65.11 - Langdahl BL, Teglbjærg CS, Ho PR, et al. A 24-month study evaluating the efficacy and safety of denosumab for the treatment of men with low bone mineral density: results from the ADAMO trial. J Clin Endocrinol Metab. 2015 Apr;100(4):1335-42.Raloxifeno, calcitonina e estrógenos conjugados: Raloxifeno e calcitonina são medicamentos que têm eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais. Entretanto, não há comprovação científica de eficácia contra fraturas não vertebrais e</p>			
				<p>de quadril, o que limita a utilidade dos mesmos. Raloxifeno pode ser indicado para mulheres há mais de dez anos pós-menopausa, quando a perda óssea está bem relacionada à deficiência estrogênica, e/ou quando há história pessoal ou familiar de câncer de mama. Já os estrógenos conjugados, tem eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de fêmur. A principal indicação é em pacientes com sintomas climatéricos de fogachos (ondas de calor), especialmente mulheres saudáveis dentro dos primeiros 10 anos de menopausa ou menores de 60 anos e que não tenham contraindicações para a Terapia de Reposição Hormonal (história de câncer de mama, doença hepática ativa, tromboembolismo venoso, acidente vascular encefálico ou doença arterial coronariana).</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Boa	Creio que o protocolo de tratamento da Osteoporose pode ser melhorado. Os bifosfonatos (BF) são os medicamentos mais usados em todo o mundo, com eficácia comprovada. Vários estudos mostram que até 40% dos pacientes tem sintomas GI associado ou não a doença de refluxo e acabam sem opção terapêutica e portanto não reduzindo a taxa de fraturas. Pacientes com clearance de creatinina abaixo de 30 para os BF orais ou 35 para os IV não devem usá-los conforme a bula. Outras opções terapêuticas poderiam estar disponíveis como a teriparatida para osteoporoses graves com fraturas prévias ou na falha dos BF. Outra opção recente é o denosumabe, do qual participei em ensaios clínicos que completaram 10 anos em sua fase de extensão em 2015 e os dados foram apresentados recentemente no congresso americano em 2016. Estudos de segurança incluindo biópsias ósseas em um sub grupo de pacientes foi apresentado e após 10 anos não houve modificação dos dados de segurança óssea e geral diferente dos já apresentados no estudo FREEDOM, no qual participamos com 85 pacientes até 2015. Diferente dos anti-TNFs o denosumabe, mesmo sendo um anticorpo monoclonal a sua ação se restringe mais ao osso como o mais potente agente reabsorvivo que os BF. Não há necessidade de teste de PPD, RX de torax prévio ou exames de hepatites. Nestes 10 anos de ensaio clínico mostrou-se bastante seguro e inclusive em pacientes com disfunção renal moderada a grave. Menos casos de osteonecroses de mandíbula e fraturas atípicas foram observados percentualmente em relação aos BFs. Este fármaco não substitui os BFs em termos de uso populacional mas permite que uma grande parcela de pacientes que não responderam ou tinham contraindicação para os BFs possam ter tratamento anti-fratura de vértebra e de colo de fêmur. Vários estudos mostraram superioridade do denosumabe em marcadores de reabsorção óssea e na Densidade Mineral quando comparados aos 3 BFs orais. Um estudo japonês considerou relativamente seguro o uso do denosumabe	atualização das referências e da diretriz	A nova diretriz clínica para o tratamento da osteoporose da AMB, Sociedade Brasileira de Reumatologia e as demais sociedades afins foi recentemente submetida para publicação, incluindo dados de eficácia e segurança até 2016.	<a href="#">Clique aqui</a>
				com agentes biológicos para a artrite reumatóide. Existem referências que suportam o uso do denosumabe, não como substituto aos BFs, mas nos casos de falha ou efeitos adversos ou contra indicações. Dados de eficácia e segurança de 10 anos estão nas referências anexadas			
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Recife, 26 de outubro de 2016. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS Ministério da Saúde Brasil. Prezados Senhores. Em referência à enquete No 7 de 26 de setembro de 2016, o qual visa a atualização do PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, na qualidade de profissional da área de Consultoria Médica, atuando junto aos Pneumologistas, Cardiologistas e Reumatologistas. Conforme está adequadamente descrito no PCDT vigente, a hipertensão arterial pulmonar (HAP) é definida como pressão arterial pulmonar média igual ou acima de 25 mmHg em repouso, com pressão de oclusão da artéria pulmonar e/ou pressão diastólica final do ventrículo esquerdo abaixo ou igual a 15 mmHg, medidas por cateterismo cardíaco, porém é válido destacar que apesar dos grandes avanços no tratamento e de intensos debates sobre o real significado de elevações limítrofes da pressão da artéria pulmonar (PAPm entre 20 e 25 mmHg). Ainda não há evidência para considerar esse achado como representativo de doença; contudo, em determinadas situações clínicas específicas, como particularmente na esclerose sistêmica, a presença de PAPm entre 20 e 25 mmHg representa um risco significativamente maior de desenvolvimento de Hipertensão Pulmonar no futuro próximo(1). Conclui-se, portanto, que esse achado de elevações limítrofes de PAPm não deve ser indicativo de tratamento, mas sim de seguimento mais estrito do paciente ao longo dos próximos anos. ASPECTOS PATOGENÉTICOS Os mecanismos patogênicos determinantes da doença ainda não estão completamente esclarecidos, porém, possivelmente são decorrentes da interação de vários fatores como predisposição genética e fatores ambientais. Vários estudos evidenciam a ocorrência de vasoconstrição, remodelação vascular e trombose sinalizando para um desequilíbrio na relação normal da expressão de mediadores vasoativos vasoconstrutores, como a endotelina e o tromboxane A2, e substâncias vasodilatadores, como a prostaciclina e o óxido nítrico. Estas alterações são decorrentes	A implantação das alterações ao PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR vigente é favorecida pela atual rede de assistência do Ministério da Saúde, seja pela amplitude da cobertura como expertise dos profissionais atualmente comprometidos com o estudo, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial pulmonar como também pela alternativas terapêuticas providas pelas empresas desenvolvedoras de novas tecnologias que compõem o mercado brasileiro e mundial. Embora tenhamos uma cobertura médico hospitalar em todo território nacional, observa-se ainda a ausência de Centros de Referência para o tratamento da HAP, e isto além de dificultar a prática da assistência ambulatorial, repercutir significativamente no agravamento da classe funcional dos doentes e consequentemente na diminuição da sobrevida(1). Considerando a incidência de aproximadamente 6 casos por milhão de habitantes/Ano(1) e que apesar de já estabelecido no atual PCDT, mas pouco tenha avançado na instalação dos Centros de Referência, e apesar da importância de que os serviços especializados existentes sejam mantidos, é necessário que em locais onde não haja infraestrutura adequada e ausência de Centro de Referência, um médico especialista seja nomeado pela Secretaria de Saúde do Estado como autorizador, a fim de que a dispensação das drogas possam ocorrer sem prejuízos ao paciente. A nomeação deste profissional deve permitir a articulação com os demais serviços da rede de atendimento para que as necessidades dos pacientes sejam prioritariamente consideradas, de forma geral e nos casos concretos, e para que o atendimento seja qualificado e humanizado. A estratégia do tratamento deve ser elaborada de forma integrada, fundamentada na cooperação, comunicação e procedimentos integrados e articulados que assegurem consistência entre as diversas especialidades médicas. Referências: 1. Pulmão RJ 2015;24(2):67-70. Humbert M, Sitbon O, Chouat A, Bertocchi M, Habib G, Gressin V, et al. Pulmonary arterial hypertension in France: results from a national registry. Am J Respir Crit Care Med. 2006;173(9):1023-30.	Agradeço a oportunidade proporcionada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, neste momento assistido pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS, o qual tem exercido com excelência a gestão de incorporação de tecnologias em saúde, buscando o transformar a tecnologia em valor, de maneira a estabelecer ao povo brasileiro uma condição melhor e saudável. Espero que as observações apresentadas possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial pulmonar e que os profissionais de saúde e gestores públicos possam, cada vez mais, melhorar a condição assistencial para a população brasileira. PEDRO HUGO PEREIRA SOBRAL	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>de disfunção da célula endotelial vascular pulmonar. A endotelina-1 (ET-1) é um peptídeo vasoconstrictor produzido pelas células endoteliais pulmonares que exerce papel fundamental na gênese da HAP. Além do potente efeito vasoconstrictor, induz mitogênese e proliferação das células musculares lisas vasculares e favorece inflamação. Estes efeitos são mediados através de dois receptores: o ET-A e os indivíduos saudáveis. A administração de ON a pacientes portadores de HAP resulta em substancial melhora clínico-hemodinâmica e uma significativa resposta vasodilatadora ao seu uso durante teste hemodinâmico agudo é preditor de melhor prognóstico para os pacientes. Após ler atentamente, pude constatar que o atual protocolo, quando elaborado, buscou contemplar diversos e importantes pontos para a caracterização da Hipertensão Arterial Pulmonar, entretanto considerando os avanços tecnológicos e um maior aprofundamento no conhecimento da doença, venho submeter a apreciação alguns pontos relevantes em relação ao PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR vigente. 8.4 LINHAS DE TRATAMENTO Pela inexistência de estudos de comparação direta entre os fármacos existentes à época e por considerar fatores como conhecimento sobre o fármaco, perfil de eventos adversos e custo foram definidas linhas de tratamento para a doença atribuindo uma ordem de escolha para o tratamento da HAP (Grupo 1). Proponho o não estabelecimento de ordem de escolha para o tratamento, pois apesar dos significativos avanços dos mais variados Centros de Referência no tratamento da HAP, até a presente data, não há em literatura científica nenhuma comprovação de que tal conduta sugira qualquer benefício, ao contrário, baseado no conhecimento das vias metabólicas envolvidas na gênese da doença, drogas que comprovadamente apresentam ação nas mesmas (de bloqueio ou ativação) são utilizadas de forma sequencial e combinada, sem, no entanto, haver indicativo de ordem prescritiva a ser seguida.</p>			
				<p>Hoeper e colaboradores, publicou em 2005, um estudo onde o uso de terapia específica para tratamento de HAP (antagonista do receptor da endotelina - ARE ou inibidor da 5-fosfodiesterase) era instituída conforme avaliação do médico. Após período de avaliação de resposta (terapia orientada por metas), se essa não fosse atingida, nova droga seria associada à primeira. A não resposta à combinação resultava em associação de prostanoide venoso e, como último recurso, transplante de pulmão. Essa modalidade terapêutica, resultou em aumento da sobrevida de pacientes com HAP quando comparados a grupo de controle histórico (Registro do NIH). Nos 89 pacientes com HAP incluídos no estudo, a sobrevida estimada em 1, 2 e 3 anos foi de 93%, 83% e 79,9%, respectivamente. Tais achados foram significativamente melhores do que o controle histórico. A partir desta sua publicação, a terapêutica orientada por metas e a associação de medicamentos para alcançar as metas passou a nortear o tratamento da HAP. De acordo com os guidelines atualmente existentes da HAP, o médico especialista do Centro de Referência é o responsável por definir qual medicamento e qual estratégia terapêutica (monoterapia ou terapia combinada) deva ser de 1ª, 2ª ou 3ª linha de acordo com o perfil e necessidade de cada paciente. 8.9 COMBINAÇÕES DE FÁRMACOS Outra recomendação do PCDT em questão que merece ressaltar, diz respeito à utilização da modalidade de tratamento da HAP através da utilização de esquema de monoterapia sequencial. Essa consiste na introdução de um único medicamento que pode ter suas doses tituladas até a dose superior permitida (seja por bula ou pela tolerabilidade do paciente) e, caso não se obtenha a resposta esperada, o medicamento deverá ser suspenso e iniciada outra droga. Em relação a monoterapia sequencial na HAP, não encontramos evidências científicas que levem o Ministério da Saúde a indicar essa conduta. A prática da monoterapia sequencial é frequente em patologias agudas, como é o caso de</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>pacientes portadores de infecções nos quais, não havendo resposta esperada, o antibiótico utilizado é rapidamente substituído por outro de geração mais recente ou por outra classe. Nesses casos, se objetiva atuar sobre um agente específico (por exemplo, uma bactéria multirresistente). Já para o tratamento da HAP, a combinação de diferentes classes de medicamentos visa a atuação em diferentes vias patogênicas da doença. Como trata-se de doença progressiva, o uso exclusivo de uma única droga limita a ação a uma única via metabólica, sendo coerente a associação de outros medicamentos para se atingir a meta terapêutica desejada (classe funcional I ou II da OMS, normalização do índice cardíaco ou dosagem de NT-próBNP sérica)(III). A associação precoce de drogas para tratamento da HAP demonstrou benefícios indubitáveis em estudo recentemente publicado. Nesse, pacientes que alcançaram suas metas terapêuticas apresentavam prognóstico melhor do que aqueles que não as atingiram(IV). Dessa forma, terapia combinada inicial ou sequencial estão alocadas em Grau de evidência I para pacientes com HAP, conforme Guidelines do ESC-ERS 2015(V). Como se pode observar, a recomendação de monoterapia sequencial é uma prática em desacordo com o observado em literatura científica e o praticado mundialmente para tratamento de portadores de HAP, não existindo evidências que suportem sua indicação, salvo na ocorrência de eventos adversos que contraindiquem uma das drogas. Vários estudos mostram, na avaliação de subgrupos que faziam uso de terapia combinada, resultados melhores para associação de diferentes classes quando comparados às monoterapias. Mas esses estudos não foram baseados em medidas de desfecho primário de morbi-mortalidade, conforme critérios estabelecidos no consenso de Dana Point, 2009(VI). Os dois principais estudos que tem tal abordagem são: – SERAPHIN(VII): estudo fase III que avaliou a eficácia e segurança de macitentan no tratamento de longo prazo da HAP. Cerca de 61%</p>			
				<p>dos pacientes que receberam macitentan estava em uso de inibidor da 5-fosfodiesterase. O efeito de macitentan sobre pacientes com terapia de base foi consistente com o efeito de tratamento global, o que indica que o benefício foi obtido quando macitentan foi usada em combinação com tratamentos de base para a HAP (principalmente inibidores da PDE-5). No subgrupo de pacientes que recebiam terapia de base para a HAP, 10 mg de macitentan reduziu significativamente o risco de morbidade ou mortalidade em 38% (p = 0,0094). – GRIPHON(VIII): estudo fase 3 que avaliou a eficácia e segurança de selexipague no tratamento de longo prazo da HAP. Cerca de 79,6% dos pacientes que receberam selexipague estavam em uso de terapia de base (sendo 32% com duas drogas). Selexipague obteve uma redução do risco de morbidade e mortalidade em 40% quando comparado ao grupo controle. Os dados desse estudo revelam informações valiosas sobre regimes de combinação dupla e tripla de medicamentos (ERA, ou PDE-5i ou ambos). Frente ao exposto, não há como ignorar o benefício da terapia combinada em pacientes com HAP. Assim como, o risco na suspensão do medicamento em uso para realização da monoterapia sequencial. Embora a terapia combinada tenha seu benefício cientificamente comprovado, o início do tratamento com monoterapia também é uma opção válida conforme o Consenso ESC-ERS 2015(V). Com base no estudo SERAPHIN(VII), a macitentan (ARE) foi a única droga que comprovou redução de morbi-mortalidade em monoterapia até o momento.INSERÇÃO DE OPÇÕES TERAPÊUTICAS COM IMPACTO EM SOBREVIVÊNCIA NO ATUAL PROTOCOLO Estudos recentemente publicados, cujos desenhos buscavam avaliação de longo prazo e impacto de drogas na morbidade e mortalidade dos pacientes com HAP(IV), revelam benefícios na utilização de tais medicamentos. É o caso de macitentan(VII) e selexipague(VIII). Tais drogas resultaram em impacto de sobrevivência (morbi-mortalidade) da ordem de 38 e 40%, respectivamente. Entretanto, nenhuma das du</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>as está atualmente contemplada pelo PCDT em vigência. O mesmo ocorre com o epoprostenol(V), que sabidamente impacta em mortalidade e permanece fora do referido protocolo. Porém, trata-se de droga de difícil manejo devido sua via de administração (parenteral em infusão contínua) e termo-labilidade. A inclusão do selexipague (uso oral) vem suprir a falta de um medicamento que atue na via da prostaciclina. Levando em conta tratar-se de doença crônica e progressiva, vários pacientes experimentam falência dos esquemas de tratamento atuais, não restando opções terapêuticas capazes de interferir na progressão da doença. Tais drogas fazem-se necessárias para garantir maior sobrevida dessa população. Tendo dito o acima, solicitamos a reavaliação do texto do PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR em referência aos pontos abaixo: • Não recomendação de tratamento de 1ª, 2ª e 3ª linhas pré-estabelecidos. Julgamos essa decisão ser de responsabilidade do especialista que trata o paciente portador de HAP, levando em conta o previamente mencionado nesse documento. • Inserção da possibilidade de combinação de medicamentos (terapia combinada inicial e sequencial), uma vez que, como exposto acima, isso vai ao encontro de todas as evidências científicas disponíveis até o momento. • Inclusão de medicamentos que interferem na progressão da doença (morbi-mortalidade): macitanta e selexipague. Referências: 1. Valerio CJ, Schreiber BE, Handler CE, Denton CP, Coghlan JG. Borderline mean pulmonary artery pressure in patients with systemic sclerosis: Transpulmonary gradient predicts risk of developing pulmonary hypertension. Arthritis Rheum. 2013;65:1074-1084. 2. Gallé N et al. JACC Vol. 62, No. 25, Suppl D, 2013.III. Rubin LJ. Chest 2011;140(5):1274-83IV. Gallé N et al. Eur Heart J 2009; 30:2493-537.V. Gallé N, et al. Eur Heart J 2015VI. Dana Point, 2009 VII. Pulido et al. N Engl J Med 2013; 369:809-818 VIII. Sitbon O, et al. New Engl J Med 2015; 373:2522-33</p>			
26/10/2016		Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	Revisão das opções terapêuticas.			<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Osteoporose	Boa	<p>NECESSIDADE NÃO ATENDIDA NO PROTOCOLO ATUAL (TRATAMENTO MEDICAMENTOSO)- O PCDT atual não contempla os pacientes brasileiros do tratamento da osteoporose com os medicamentos mais atuais, os quais por terem eficácia e segurança comprovadas a longo prazo e estão incorporadas em diretrizes e programas públicos de saúde em diferentes países- Os tratamentos atualmente disponíveis no protocolo trazem clara contribuição para a maioria dos pacientes com osteoporose. No entanto, existem pacientes com claras necessidades não atendidas sejam elas estas por refratariedade ou intolerância aos medicamentos hoje disponíveis, este grupo de pacientes se beneficiariam do uso de denosumabe. Existe na prática clínica clara evidência da necessidade de alternativas aos tratamentos atuais naqueles pacientes que:•Apresentam alto risco de fraturas, e necessitam de tratamento contínuo- Não tem adesão/aderem ao tratamento aderente ao tratamento, (precisamos colocar o motivo aqui, correto? E.g intolerância gástrica, etc)•Resposta inadequada ao tratamento (falha terapêutica)- Intolerante - Paciente que necessita de pausa do tratamento com bisfosfonatos (drug holiday) devido ao risco associado ao tratamento a longo prazo com o mesmo (Fraturas atípicas e osteonecrose de mandíbula)- Pacientes com contra-indicação formal aos tratamentos disponíveis no protocolo- No PCDT atual item 8.2 Tratamento Medicamentoso consta: "Por não haver comprovação de superioridade clínica em relação às alternativas recomendadas, não são contemplados neste Protocolo os seguintes medicamentos ... - Denosumabe e Ibandronato, por não ter sido demonstrada superioridade em desfechos clínicos comparativamente aos bisfosfonatos antes relacionados; para o denosumabe faltam evidências de segurança em longo prazo [59,60]" Anexo a esta contribuição estão diversas referências bibliográficas e diretrizes que trazem evidência clínico/científica robusta para a recomendação de denosumabe, inclusive em longo prazo, no tratamento de:</p>	Tratamento medicamentoso oferecido é limitado; não incorpora opções terapêuticas mais atuais dirigidas a pacientes de alto risco, refratários, intolerantes, não aderentes e contra-indicados	A importância da participação e envolvimento de sociedades voltadas para o tratamento de doenças osteometabólicas (ABRASSO, Sociedade Brasileira de Reumatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia) na construção da nova PCDT. Destaca-se também a existência de incorporação em nível estadual e municipal do denosumabe, após a avaliação positiva do custo-efetividade do uso de denosumabe no tratamento de: osteoporose em mulheres na fase de pós menopausa; de perda óssea em pacientes submetidos a ablação hormonal contra câncer de próstata ou de mama e de osteoporose em homens.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>osteoporose em mulheres na fase de pós menopausa; de perda óssea em pacientes submetidos a ablação hormonal contra câncer de próstata ou de mama e de osteoporose em homens.1- Redução do risco de fraturas nos sítios avaliados (vertebral, não vertebral e quadril), sustentada a longo prazo em até 8 anos. 2,3 - Incremento contínuo da DMO nos sítios avaliados (vertebral, não vertebral e quadril), a longo prazo em até 10 anos3,4- Segurança a longo prazo com raras incidências de infecções, fraturas atípicas e osteonecrose de mandíbula, não aumentando com o tratamento a longo prazo em até 8 anos. 2,3- Comparativo direto aos bisfosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato e ácido zoledrônico) apresentando incremento da DMO superior nas transições de tratamento. 5,6,7,8,9- Ressalta-se que a injeção subcutânea a cada 6 meses de denosumabe, prove resultado numa adesão superior aos bisfosfonatos orais, não apenas por sua comodidade posológica (a cada 6 meses), mas também pela conveniência do uso subcutâneo, eliminando a necessidade de preparo pré-ingestão dos bisfosfonatos.101. Bula de PROLIA® (denosumabe), Aprovada pela Anvisa em 16/05/2016.2. Cummings SR, San Martin J, McClung MR et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med. 2009; 20:361(8):756-765.3. Pappoulos, Lippuner K, Roux C et al. The effect of 8 or 5 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the FREEDOM Extension study. Osteoporos Int. 2015 Dec;26(12):2773-83.4. Bone H G, Brand M L, Brown J P et al. Ten years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the FREEDOM Extension trial. J Bone Miner Res. 2015;30:471.5. Kendler DL, Roux C, Benhamou CL et al. Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women transitioning from alendronate therapy. J Bone Miner Res. 2010 Jan;25(1):72-81.6. Recknor C1, Czerwinski E, Bone H. Denosumab compared with ibandronat</p>			
				<p>e in postmenopausal women previously treated with bisphosphonate therapy: a randomized open-label trial. Obstet Gynecol. 2013; 121(6):1291-1299.7. Roux C, Hofbauer LC, Ho PR et al. Denosumab compared with risedronate in postmenopausal women suboptimally adherent to alendronate therapy: efficacy and safety results from a randomized open-label study. Bone. 2014; 58:48-54.8. Brown JP, Prince RL, Deal C et al. Comparison of the effect of denosumab and alendronate on BMD and biochemical markers of bone turnover in postmenopausal women with low bone mass: a randomized, blinded, phase 3 trial. J Bone Miner Res. 2009; 24(1):153-161.9. Miller PD, Pannacciuilli N, Brown J P et al. Denosumab or Zoledronic Acid in Postmenopausal Women With Osteoporosis Previously Treated With Oral Bisphosphonates. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(8):3163-3170.10. Freemantle N, Satram-Hoang S, Tang ET et al. Final results of the DAPS (Denosumab Adherence Preference Satisfaction) study: a 24-month, randomized, crossover comparison with alendronate in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2012 Jan;23(1):317-26.</p>			
26/10/2016		Osteoporose	Boa	<p>NECESSIDADE NÃO ATENDIDA NO PROTOCOLO ATUAL (TRATAMENTO MEDICAMENTOSO)- O PCDT atual priva os pacientes brasileiros do tratamento da osteoporose com os medicamentos mais atuais, que por terem eficácia e segurança comprovadas a longo prazo e estão incorporadas em diretrizes e programas públicos de saúde em diferentes países- Os tratamentos atualmente disponíveis no protocolo trazem clara contribuição para a maioria dos pacientes com osteoporose. No entanto, existem pacientes com claras necessidades não atendidas sejam elas por refratariedade ou intolerância aos medicamentos hoje disponíveis, este grupo de pacientes se beneficiariam do uso de denosumabe.- Existe na prática clínica clara evidência da necessidade de alternativas aos tratamentos atuais naqueles pacientes que:•Apresentam alto risco de fraturas, e necessitam de tratamento contínuo- Falta de adesão ao tratamento(E.g intolerância gástrica, interação alimentar, etc)•Resposta inadequada ao tratamento (falha terapêutica)- intolerante - Paciente que necessita de pausa do tratamento com bisfosfonatos (drug holiday) devido ao risco associado ao tratamento a longo prazo (Fraturas atípicas e osteonecrose de mandíbula)- Pacientes com contraindicação formal aos tratamentos disponíveis no protocolo- No PCDT atual item 8.2 Tratamento Medicamentoso consta: "Por não haver comprovação de superioridade clínica em relação às alternativas recomendadas, não são contemplados neste Protocolo os seguintes medicamentos..." Denosumabe e ibandronato, por não ter sido demonstrada superioridade em desfechos clínicos comparativamente aos bisfosfonatos antes relacionados; para o denosumabe faltam evidências de segurança em longo prazo [59,60]" Anexo a esta contribuição estão diversas referências bibliográficas e diretrizes que trazem evidência clínico/científica robusta para a recomendação de denosumabe, inclusive em longo prazo, no tratamento de: osteoporose em mulheres na fase de pós menopausa; de perda óssea em pacientes submet</p>	Tratamento medicamentoso oferecido é limitado; não incorpora opções terapêuticas mais atuais dirigidas a pacientes de alto risco, refratários, intolerantes, não aderentes e contra-indicados	A importância da participação e envolvimento de sociedades voltadas para o tratamento de doenças osteometabólicas (ABRASSO, Sociedade Brasileira de Reumatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia) na construção da nova PCDT. Destaca-se também a existência de incorporação em nível estadual e municipal do denosumabe, após a avaliação positiva do custo-efetividade do uso de denosumabe no tratamento de: osteoporose em mulheres na fase de pós menopausa; de perda óssea em pacientes submetidos a ablação hormonal contra câncer de próstata ou de mama e de osteoporose em homens.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>idos a ablação hormonal contra câncer de próstata ou de mama e de osteoporose em homens. 1- Redução do risco de fraturas nos sítios avaliados (vertebral, não vertebral e quadril), sustentada a longo prazo em até 8 anos. 2.3 - Incremento contínuo da DMO nos sítios avaliados (vertebral, não vertebral e quadril), a longo prazo em até 10 anos.3.4- Segurança a longo prazo com raras incidências de infecções, fraturas atípicas e osteonecrose de mandíbula, não aumentando com o tratamento a longo prazo em até 8 anos. 2.3- Comparativo direto aos bisfosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato e ácido zoledrónico) apresentando incremento da DMO superior nas transições de tratamento. 5,6,7,8,9- Ressalta-se que a injeção subcutânea a cada 6 meses de denosumabe, resulta numa adesão superior aos bisfosfonatos orais, não apenas por sua comodidade posológica (a cada 6 meses), mas também pela conveniência do uso subcutâneo, eliminando a necessidade de preparo pré-ingestão dos bisfosfonatos.101. Bula de PROLIA® (denosumabe). Aprovada pela Anvisa em 16/05/2016.2. Cummings SR, San Martin J, McClung MR et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med. 2009; 20;361(8):756-765.3. Papapoulos, Lippuner K, Roux C et al. The effect of 8 or 5 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the FREEDOM Extension study. Osteoporos Int. 2015 Dec;26(12):2773-83.4. Bone H G, Brand M L, Brown J P et al. Ten years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the FREEDOM Extension trial. J Bone Miner Res. 2015;30:471.5. Kendler DL, Roux C, Benhamou CL et al. Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women transitioning from alendronate therapy. J Bone Miner Res. 2010 Jan;25(1):72-81.6. Recknor CJ, Czerwinski E, Bone H. Denosumab compared with ibandronate in postmenopausal women previously treated with bisphosphonate therapy: a randomized ope</p>			
				<p>n-label trial. Obstet Gynecol. 2013; 121(6):1291-1299.7. Roux C, Hofbauer LC, Ho PR et al. Denosumab compared with risedronate in postmenopausal women suboptimally adherent to alendronate therapy: efficacy and safety results from a randomized open-label study. Bone. 2014; 58:48-54.8. Brown JP, Prince RL, Deal C et al. Comparison of the effect of denosumab and alendronate on BMD and biochemical markers of bone turnover in postmenopausal women with low bone mass: a randomized, blinded, phase 3 trial. J Bone Miner Res. 2009; 24(1):153-161.9. Miller PD, Pannacili N, Brown J P et al. Denosumab or Zoledronic Acid in Postmenopausal Women With Osteoporosis Previously Treated With Oral Bisphosphonates. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(8):3163-3170.10. Freemantle N, Satram-Hoang S, Tang ET et al. Final results of the DAPS (Denosumab Adherence Preference Satisfaction) study: a 24-month, randomized, crossover comparison with alendronate in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2012 Jan;23(1):317-26.</p>			
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Ruim	Acrescentar tereparatide, denosumabe e acido zoledrónico	Doença é prevalente, atual PCDT está desatualizado e não atende mais às necessidades dos pacientes que estão sem tratamento adequado . Abordagem precoce correta gera economia no sistema de saúde.		
26/10/2016		Doença de Crohn	Boa	O atual PCDT preconiza como posologia para infliximabe um período de indução de 5 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6, seguido de um período de manutenção de 5 mg/kg a cada 8 semanas até a perda de resposta.Entretanto, conforme previsto em bula e suportado pelas evidências clínicas do produto, para pacientes que apresentarem resposta incompleta durante o regime de manutenção, deve ser considerado o ajuste da dose para até 10 mg/kg. Portanto, acreditamos que seria importante acrescentar durante esta atualização que, pacientes em uso de infliximabe que apresentam perda de resposta, possa ser feito um ajuste da dose para até 10mg/kg a cada 8 semanas.No documento anexo encontram-se os resultados dos estudos clínicos publicados na literatura que suportam a otimização da dose como uma opção segura e eficaz.	A implantação da alteração proposta é fácil, uma vez que não muda nenhum aspecto do fluxo de dispensação do medicamento aos pacientes. A única diferença é que, ao permitir um aumento da dose por período determinado, o sistema deve permitir que mais frascos possam ser dispensados por mês para um mesmo paciente.	Não.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	as novas terapias que estão em fase de estudo final ou implantação.	o deslocamento até o centro de referência é uma dificuldade, compreendo que em sendo reduzidos tais centros de referência eles devam ser centralizados para atender a todos os pacientes, então a multiplicação desses centros é necessária.		
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Ruim	TERIPARATIDA deve ser incluída na lista de medicamentos para tratamento da osteoporose fornecidos pelo SUS, por ser a única medicação anabólica (ou seja, que atua basicamente aumentando a massa óssea por estimular a formação da mesma) disponível no mercado. O estudo pivotal do medicamento publicado na conceituada revista médica New England Journal of Medicine, por Neer e colaboradores <sup>3</sup> em 2001 demonstrou que o medicamento tem eficácia contra fraturas vertebrais (redução do risco em 65%) e não vertebrais (redução do risco em 53%). O medicamento deve ser prescrito por, no máximo, 24 meses. <sup>3,4</sup> DENOSUMABE deve ser incorporado aos medicamentos para tratamento da osteoporose pelo SUS, por se tratar de anti-reabsorvente. Todavia, diferentemente dos bisfosfonatos orais, este medicamento é aplicado por via subcutânea semestralmente, podendo ser utilizado nos pacientes com contraindicações aos bisfosfonatos orais por efeitos colaterais gastrointestinais ou por apresentarem esofagite, acalasia de esfago ou esôfago de Barrett. Outra indicação do medicamento é em pacientes com clearance de creatinina entre 15 a 30 ml/min, quando é contraindicado o uso dos Bisfosfonatos. Todavia, as anormalidades ósseas relacionadas à insuficiência renal crônica tem várias formas de apresentação e o médico deve afastar doença óssea adinâmica antes da prescrição do denosumabe.	A doença é prevalente e nem todas as situações são atendidas com o PCDT atual, pois o mesmo está DESATUALIZADO, Além disso, a abordagem precoce da doença e um tratamento adequado geram economia no sistema de saúde sem mencionar a qualidade de vida dos indivíduos afetados pela patologia.	Raloxifeno, calcitonina e estrógenos conjugados: Raloxifeno e calcitonina são medicamentos que têm eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais. Entretanto, não há comprovação científica de eficácia contra fraturas não vertebrais e de quadril, o que limita a utilidade dos mesmos. Raloxifeno pode ser indicado para mulheres há mais de dez anos pós-menopausa, quando a perda óssea está bem relacionada à deficiência estrogênica, e/ou quando há história pessoal ou familiar de câncer de mama. Já os estrógenos conjugados, tem eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de fêmur. A principal indicação é em pacientes com sintomas climatéricos de fogachos (ondas de calor), especialmente mulheres saudáveis dentro dos primeiros 10 anos de menopausa ou menores de 60 anos e que não tenham contraindicações para a Terapia de Reposição Hormonal (história de câncer de mama, doença hepática ativa, tromboembolismo venoso, acidente vascular encefálico ou doença arterial coronariana).	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016		Osteoporose	Regular	A osteoporose, doença osteometabólica insidiosa que pode evoluir durante muitos anos sem a ocorrência de qualquer sintoma, é caracterizada pela diminuição da densidade mineral óssea e alterações na sua microestrutura. Tais alterações conduzem à perda da qualidade óssea com consequente aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade a fraturas. (1) Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição densitométrica de osteoporose é a presença de um T-score menor ou igual a -2,5 desvios padrão na coluna lombar, colo do fêmur ou fêmur total. O T-score corresponde ao número de desvios padrão acima ou abaixo da média da densidade mineral óssea para adultos jovens normais. (2) A osteoporose pode ser considerada grave quando se refere a uma condição em que a densidade mineral óssea avaliada na densitometria apresenta-se com T-score abaixo de -2,5 desvios padrão, acompanhada de pelo menos uma fratura por fragilidade óssea. (3) O tratamento da osteoporose tem por objetivo reduzir a incidência de fraturas osteoporóticas vertebrais e não vertebrais, bem como as suas complicações. Medidas de prevenção devem ser adotadas em indivíduos com fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Para os indivíduos que já apresentam baixa densidade mineral óssea ou fraturas, o tratamento deve ser realizado a fim de prevenir a perda óssea adicional e, assim, interromper a cascata fraturária. Para os indivíduos com osteoporose grave, há uma necessidade médica não atendida, uma vez que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de osteoporose vigente não contempla um tratamento para esta condição. (1) A teriparatida, atualmente o único medicamento da classe de agentes anabólicos, atua na ativação dos osteoblastos e estimula a formação de osso novo, aumentando a massa óssea. É indicada para o tratamento da osteoporose com alto risco para fraturas (história de fratura osteoporótica, ou a presença de múltiplos fatores de risco para fraturas, ou falha ao tratamento prévio para	O PCDT de Osteoporose atualmente disponível não está alinhado com as diretrizes nacionais e internacionais em relação aos medicamentos recomendados para tratamento da osteoporose grave, e este fato dificulta sua implementação, em virtude da falta de opções eficazes incorporadas no PCDT para este subgrupo de pacientes. Segundo o que a Sociedade Brasileira de Reumatologia coloca na Diretriz de Tratamento de Osteoporose, a teriparatida está indicada para o tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa com alto risco para fraturas por fragilidade. De acordo com a Diretriz de Prevenção e Tratamento de Osteoporose Induzida por Glicocorticóide: "a teriparatida é a droga ideal para o tratamento desta condição, uma vez que ela age estimulando a formação óssea, a ação contrária observada do glicocorticóide no tecido ósseo". (9,10) A diretriz da Associação Americana de Endocrinologia Clínica (AAEC) de 2010 recomenda o tratamento com teriparatida para pacientes com alto risco de fratura ou pacientes que tenham falhado à terapia com bisfosfonatos. (11) A Diretriz canadense para Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose recomenda que o uso da teriparatida deve ser considerado para pacientes com alto risco de fratura que estejam recebendo tratamento com glicocorticóides (3 meses de terapia cumulativa durante o ano prévio em uma dose equivalente de prednisona > 7,5 mg por dia). (12) De acordo com a Diretriz Clínica para Prevenção e Tratamento da Osteoporose desenvolvida pela National Osteoporosis Foundation (NOF), recomenda-se para pacientes com osteoporose grave o tratamento sequencial com terapia anabólica seguida por um agente anti-reabsorvente. Além disso, a NOF recomenda a combinação* de um agente anti-reabsorvente e teriparatida em alguns cenários clínicos específicos de pacientes com osteoporose muito grave, como aqueles com fraturas vertebrais e de quadril. (3) Desta forma, a atualização do PCDT seria fundamental para permitir o tratamento adequado do subgrupo de pacientes com osteoporose grave.* Aproveitamos a oportunidade para esclarecer que esta é uma recomendação do National Osteoporosis Foundation (NOF) e que na bula brasileira a Teriparatida é indicada para o tratamento da osteoporose com alto risco para fraturas tanto em mulheres na pós-menopausa como em homens, além do tratamento da osteoporose associada à terapia sistêmica com glicocorticóides, tanto em homens quanto em mulheres.	Segundo o PCDT de Osteoporose (1), portaria SAS/MS nº 451, de 9 de junho de 2014, republicada em 9 de junho de 2014 e retificada em 18 de junho de 2014, o uso de teriparatida não está contemplado por não haver superioridade clínica em relação às alternativas recomendadas. Tal fato foi justificado com a seguinte afirmação: "Teriparatida, por não ter sido demonstrada superioridade em desfechos clínicos comparativamente aos bisfosfonatos antes relacionados. A duração máxima de uso estabelecida pelo fabricante é de 18 meses, devido a dúvidas sobre segurança em longo prazo. A necessidade de aplicações subcutâneas diárias e os cuidados de conservação são fatores limitantes que podem reduzir a efetividade." Cada um dos pontos críticos destacados na afirmativa acima será abordado separadamente, como detalhado abaixo: "Teriparatida, por não ter sido demonstrada superioridade em desfechos clínicos comparativamente aos bisfosfonatos antes relacionados" Embora ainda não existam estudos head-to-head demonstrando a superioridade da teriparatida em relação aos bisfosfonatos, seu uso está recomendado em diversos sistemas públicos de saúde. (13, 14) No Reino Unido, o uso de teriparatida é recomendado para prevenção secundária de fraturas causadas pela fragilidade óssea resultante da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. A dosagem recomendada é de 20 &#956g uma vez ao dia, administrada por injeção via subcutânea. (13) Segundo o Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA) no Japão, a utilização da teriparatida, em dose de 20 &#956g uma vez ao dia, administrada por injeção via subcutânea, foi aprovada desde maio de 2010 para o tratamento de pacientes com osteoporose e alto risco de fraturas. (14) "A duração máxima de uso estabelecida pelo fabricante é de 18 meses" No Brasil, de acordo com a bula do produto (4) o tempo permitido para uso é de até 24 meses. Esta é a recomendação do fabricante desde a data da aprovação da medicação pela ANVISA, no ano de 2003. Recientemente, Langdahl et al., 2016 (15), descreveram os desfechos de fraturas, QVRS e dor nas costas em pacientes com osteoporose grave tratados com teriparatida durante 24 meses em um estudo observacional prospectivo multinacional (ExFOS). O estudo concluiu que pacientes com osteoporose grave apresentaram redução significativa na taxa de incidência de fraturas durante os 24 meses de tratamento com teriparatida na prática clínica, acompanhado de melhora significativa da QVRS e redução de dor nas costas. O ExFOS foi um estudo de extensão do estudo ExFOS publicado em 2009, que avaliou os mesmos desfechos, porém por 18 meses. (8)	<a href="#">Clique aqui</a>
				osteoporose) tanto em mulheres na pós-menopausa como em homens e no tratamento da osteoporose associada à terapia sistêmica com glicocorticóides. (4) O seu uso é recomendado por até 24 meses. (5) Segundo dados da literatura, o tratamento com teriparatida diminui os riscos de fraturas vertebrais e não-vertebrais, aumenta a densidade mineral óssea, e apresenta perfil de segurança e tolerabilidade adequado. (6-8)			
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	novos remédios que poderemos usar que nos auxiliasse mais, pois os atuais através do Estado nem sempre estão disponíveis e nem sempre são adequados.	liberar maiores números de cadastrados em Protocolos, para terem acesso a remédios mais atuais, que poderão facilitar nossas cirurgias, e aliviar nosso sofrimento.	no momento não.	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Anemia por Deficiência de Ferro	Boa	<p>O tratamento medicamentoso recomendado para pacientes com anemia por deficiência de ferro no PCDT atual é o sulfato ferroso (oral) e o sacarato de ferro (intravenoso). A escolha da preparação de ferro (oral x intravenoso) depende da gravidade da doença e da tolerância do paciente ao ferro oral. Como descrito no PCDT, existem indicações para o uso parenteral de ferro, cujas preparações se tornaram cada vez mais eficazes e seguras, desmistificando as graves reações anafiláticas que ocorreram no passado, relacionadas ao uso de ferro contendo Dextran. Soma-se a isto, o fato de que, atualmente, existe preparação de ferro endovenoso que permite a infusão de até 1.000 mg de ferro elementar em uma única infusão. Atualmente no Brasil, a única preparação de ferro que permite administração rápida (no mínimo 15 minutos) e em doses elevadas (até 1.000 mg de ferro por semana) é a carboximaltose férrica. Assegurando o tratamento com a quantidade necessária de ferro para cada paciente, além de que geralmente é bem tolerada, com um baixo risco de reações de hipersensibilidade. A carboximaltose férrica é circundada por uma cápsula de carboxidrato livre de dextrano. A estabilidade do complexo permite a liberação de ferro de forma controlada, sem necessidade de dose teste. Essas propriedades intrínsecas permitem uma administração intravenosa com comprovada eficácia clínica e um bom perfil de segurança. A eficácia terapêutica da carboximaltose férrica foi avaliada em diversos ensaios clínicos randomizados controlados, multicêntricos, em diferentes condições associadas com deficiência absoluta ou funcional de ferro, incluindo pacientes com doença inflamatória intestinal, sangramento uterino excessivo, anemia por deficiência de ferro pós-parto e doença renal crônica. Por fim, a inclusão da carboximaltose férrica no PCDT, propiciará aos pacientes que necessitam de terapia endovenosa, um tratamento seguro, rápido, eficaz e cômodo, na medida em que possibilita, conforme mencionado acima, infus</p>			<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>ão de até 1000mg em uma única dose.Referências BibliográficasKulnigg S, Stoinov S, Simanenkov V, et al. A novel intravenous iron formulation for treatment of anemia in inflammatory bowel disease: the ferric carboxymaltose (FERINJECT) randomized controlled trial. The American Journal of Gastroenterology 2008; 103:1182-92.Keating GM. Ferric carboxymaltose: a review of its use in iron deficiency. Drugs. 2015 Jan;75(1):101-27.Cañado RD, Muñoz M. Intravenous iron therapy: how far have we come? Rev Bras Hematol Hemoter. 2011;33(6):461-9.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016		Anemia por Deficiência de Ferro	Boa	O tratamento medicamentoso recomendado para pacientes com anemia por deficiência de ferro no PCDT atual é o sulfato ferroso (oral) e o sacarato de ferro (intravenoso). A escolha da preparação de ferro (oral x intravenoso) depende da gravidade da doença e da tolerância do paciente ao ferro oral. Como descrito no PCDT, existem indicações para o uso parenteral de ferro, cujas preparações se tornaram cada vez mais eficazes e seguras, desmistificando as graves reações anafiláticas que ocorreram no passado, relacionadas ao uso de ferro contendo Dextran. Soma-se a isto, o fato de que, atualmente, existe preparação de ferro endovenoso que permite a infusão de até 1.000 mg de ferro elementar em uma única infusão. Atualmente no Brasil, a única preparação de ferro que permite administração rápida (no mínimo 15 minutos) e em doses elevadas (até 1.000 mg de ferro por semana) é a carboximaltose férrica. Assegurando o tratamento com a quantidade necessária de ferro para cada paciente, além de que geralmente é bem tolerada, com um baixo risco de reações de hipersensibilidade. A carboximaltose férrica é circundada por uma cápsula de carboxidrato livre de dextrano. A estabilidade do complexo permite a liberação de ferro de forma controlada, sem necessidade de dose teste. Essas propriedades intrínsecas permitem uma administração intravenosa com comprovada eficácia clínica e um bom perfil de segurança. A eficácia terapêutica da carboximaltose férrica foi avaliada em diversos ensaios clínicos randomizados controlados, multicêntricos, em diferentes condições associadas com deficiência absoluta ou funcional de ferro, incluindo pacientes com doença inflamatória intestinal, sangramento uterino excessivo, anemia por deficiência de ferro pós-parto e doença renal crônica. Por fim, a inclusão da carboximaltose férrica no PCDT, propiciará aos pacientes que necessitam de terapia endovenosa, um tratamento seguro, rápido, eficaz e cômodo, na medida em que possibilita, conforme mencionado acima, infus	Não se aplica	Não se aplica	<a href="#">Clique aqui</a>
				ão de até 1000mg em uma única dose.Referências BibliográficasKulnigg S, Stoinov S, Simanenkov V, et al. A novel intravenous iron formulation for treatment of anemia in inflammatory bowel disease: the ferric carboxymaltose (FERINJECT) randomized controlled trial. The American Journal of Gastroenterology 2008; 103:1182-92.Keating GM. Ferric carboxymaltose: a review of its use in iron deficiency. Drugs. 2015 Jan;75(1):101-27.Cancado RD, Muñoz M. Intravenous iron therapy: how far have we come? Rev Bras Hematol Hemoter. 2011;33(6):461-9.			
26/10/2016	Profissional de saúde	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	1. Há um erro conceitual muito primário neste protocolo que é denominar todos os tipos de hipertensão pulmonar de HAP. A HAP (hipertensão arterial pulmonar) inclui somente pacientes do grupo 1. Isto mal interpretado causa erro no diagnóstico, no prognóstico e no tratamento dos pacientes.2. Inclusão de novos medicamentos disponíveis no Brasil: macitentan, riociguat e tadalafil, além da manutenção dos já disponíveis neste protocolo.3. Disponibilização do epoprostenol EV contínuo, que embora não disponível no Brasil, pode ser importado. É o medicamento de eleição para os pacientes mais grave e o que demonstrou maior benefício em termos de sobrevida. Seria preciso criar centros de referência para uso deste medicamento.4. Inclusão de terapia combinada sequencial nos casos de falha terapêutica (não atingir os alvos propostos), e também terapia combinada inicial para pacientes graves com fatores prognósticos desfavoráveis 5. Retirar a absurda indicação de troca de medicação no caso de falha (o que se deve fazer é adição). Não há nenhuma diretriz que indique isto. E esta conduta não é feita em nenhum centro de referência (conheço vários no Brasil e no Exterior).6. O uso da iloprost deve ser feito com nebulizador específico, que precisa ser fornecido pelo governo, mas não. Não há estudos confiáveis para uso com nebulizadores comuns.7. Inclusão de vários outros fatores prognósticos e de acompanhamento destes pacientes: peptídeos natriuréticos, ressonância magnética cardíaca, teste de exercício cardiopulmonar.8. Inclusão da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica neste protocolo. Pacientes não operáveis ou com hipertensão pulmonar após tratamento cirúrgico se beneficiam de tratamento medicamentoso. Neste contexto, é fundamental criar rede de centros que realizam a tromboendarterectomia pulmonar (são poucos no Brasil, menos de 10), a qual é de extrema importância para o manejo destes pacientes.	A péssima dispensação dos medicamentos, mesmo os já disponíveis. É muito frequente os pacientes demorarem meses para iniciar a medicação, mesmo com os critérios do protocolo, além de ser comum faltar medicação no seguimento (pacientes tem seu tratamento periodicamente descontinuado).	É importante a definição de centros de referência em hipertensão pulmonar certificados pelas Sociedades Médicas (no meu caso a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e a validação pelo Governo. O Ente público deve estabelecer fluxos para que os pacientes tenham acesso e possam receber o tratamento preciso, evitando sub ou superindicação e consequente judicialização.Gostaria de ressaltar que atendo pacientes com hipertensão pulmonar há mais de 15 anos, e tive a oportunidade de acompanhar o sofrimento de muitos deles, e infelizmente a morte de alguns, sendo isto ocorreu em grande parte pela não disponibilização de tratamento adequado. É difícil conviver com colegas de centros de HAP do exterior (alguns deles na própria América Latina) que tem um melhor arsenal terapêutico, mesmo em países com menores recursos financeiros que o Brasil. Atualmente sou coordenador do Ambulatório de Circulação Pulmonar do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e Chefe do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Moinhos de Vento (Porto Alegre, RS), ambos hospitais assistenciais e acadêmicos de referência, e com acreditação internacional (JCI).Fico a disposição para os esclarecimentos necessários.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	<p>No protocolo são observados equívocos frequentes quanto à classificação de hipertensão pulmonar, que considera as condições associadas às cardiopatias ventriculares esquerdas e valvulopatias (grupo II), as associadas às doenças pulmonares que cursam com hipoxemia (grupo III), hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (grupo IV) e a hipertensão pulmonar associada a condições de fisiopatologias diversas (grupo V), como sendo hipertensão arterial pulmonar (HAP) que é o que compõem o grupo I. É essencial a correção desses equívocos. No que diz respeito aos bloqueadores dos canais de cálcio para o tratamento dos pacientes com HAP idiopática (HAPI), são drogas aceitas para o tratamento: nifedipina, anlodipino e também o diltiazem que não foi considerado na PCDT. Em estudo recente o uso da anticoagulação oral mostrou-se benéfico apenas para a HAPI, sendo essa a única indicação formal para o grupo I. Em pacientes com esclerose sistêmica há uma tendência a maior número de sangramentos associados ao uso de anticoagulação e, por isso, deve-se evitar o uso rotineiro para esses pacientes. A terapêutica combinada para tratamento da HAP já está consolidada na prática médica dos centros que tratam de pacientes com HAP em todo o mundo. Vários foram os estudos e as combinações propostas e, embora o desfecho primário não tenha sido alcançado em todos eles, provavelmente por problemas de delineamento desses estudos. A combinação de drogas vasodilatadoras mostrou-se benéfica em metanálise recentemente publicada. Os trabalhos e os centros de referência mundiais passam, na verdade, a mostrar o benefício ainda mais significativo da terapêutica combinada para início de tratamento, em substituição à associação sequencial, como tem sido prática nos centros brasileiros. Na prática os protocolos estaduais têm garantido o tratamento mais próximo do adequado, fornecendo a segunda droga da combinação terapêutica, uma vez que o protocolo federal falha gravemente ao não considerar a combinação de dr</p>	<p>Dentre as possibilidades terapêuticas propostas, o ilprost não é comercializado no Brasil, apesar de ter seu registro aprovado pela ANVISA. Isso gera judicialização em muitos casos e a insegurança de indicar uma medicação que pode ter seu uso interrompido por dificuldades burocráticas decorrentes dos processos judiciais.</p>	<p>Coordeno o centro de referência para tratamento de hipertensão pulmonar do Hospital Universitário de Brasília há 10 anos e me coloco à disposição para contribuições técnico-científicas ao protocolo.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
				<p>ogias vasodilatadoras para o tratamento da HAP. É importante ressaltar que não existem estudos mostrando superioridade das drogas vasodilatadoras utilizadas no Brasil. No exterior a recomendação de utilização do epoprostenol intra-venoso para pacientes em classe funcional IV, implica que sua indicação seja preferencial frente aos outros vasodilatadores nessa condição, entretanto, no Brasil não dispomos do epoprostenol para tratamento dos nossos pacientes. Assim, no Brasil não há evidência de benefício em se iniciar o tratamento com sildenafila ou bosentana, ambos se mostraram eficientes para tratamento da HAP. A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica também precisa ser abordada nesse protocolo. Faz-se necessária a criação de um fluxo que possibilite a avaliação da indicação cirúrgica desses pacientes, pelos centros que estão capacitados no Brasil para realizar a tromboendarterectomia, assim como a criação do fluxo de encaminhamento para tratamento cirúrgico fora de domicílio, para os pacientes que tiverem indicação cirúrgica. Isso passa pelo entendimento de que a cirurgia pode ser curativa, que deve ser feita em serviços com experiência em sua realização, que a remuneração a esses centros deve ser revisada, para que o tratamento seja viável, além do fato da cirurgia implicar em menor custo, a médio e longo prazo, que o tratamento medicamentoso. Para os pacientes que não tiverem indicação cirúrgica o tratamento clínico se impõe e a droga que se mostrou efetiva foi o riociguato, que não consta no protocolo. Estudos anteriores, que avaliaram a bosentana e a sildenafila, mostraram benefício na hemodinâmica pulmonar, porém foram negativos em seus desfechos primários estabelecidos. O uso de vasodilatadores pulmonares deve ser feito com mais cautela em pacientes com doença venoclusiva, mas não quer dizer que essas drogas sejam contra-indicadas para tratamento dessa doença, principalmente considerando-se o fato de termos imensas limitações para a realização de tran</p>			
				<p>splante pulmonar para pacientes com esse diagnóstico. O teste de caminhada de seis minutos deve ser utilizado para auxiliar na determinação da gravidade inicial da doença, assim como para acompanhar a resposta terapêutica e a progressão da doença ao longo do tempo. Não há nenhum trabalho ou evidência que utilize este teste para definir a necessidade de iniciar o tratamento, ou não. O benefício do tratamento com vasodilatadores pulmonares está comprovado em fases iniciais da doença e de suas manifestações clínicas e o seu início deve ser precoce, tendo em vista a agressividade da HAP. A reabilitação pulmonar em centros capacitados deve ser indicada para pacientes que estejam estáveis após a otimização do seu tratamento medicamentoso. No entanto, é importante que os centros sejam capacitados para o atendimento dos pacientes com HAP e suas peculiaridades clínicas.</p>			



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Interessado no tema	Doença de Gaucher	Ruim	- Nos critérios menores, o uso de Miglustate não deve ficar restrito à falha terapêutica ao Tratamento de Reposição Enzimática (TRE). O medicamento precisa ser incluído como primeira linha de tratamento conforme consensos internacionais. Além disso, não s	- Pacientes que necessitam se ausentar do trabalho para se tratarem ou levarem seus familiares para a terapia de reposição enzimática em escassos centros preparados para este tipo de tratamento tem dificuldade para a adesão à TRE. Em alguns estados, os p	Em relação à Inibição de Síntese de Substrato (ISS), o Miglustate não apresenta interações medicamentosas importante conhecidas, sendo desnecessários exames para avaliar a velocidade de metabolização de drogas pelo paciente, como ocorre com o outra terapia de ISS existente. Os pacientes com Doença de Gaucher podem apresentar com frequência outras doenças concomitantes e utilizarem outros medicamentos, podendo haver potenciais interações medicamentosas	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	O uso das drogas combinadas e medicações que já foram aprovadas pelo ANS e outros órgãos internacionais sem precisar d Esper aprovado pela Anvisa.	O que dificulta hoje é o Estado de Pernambuco não ter verba para ao menos comprar as medicações necessárias pra a sobrevida dos pacientes de Hipertensão Arterial Pulmonar.	A f	
26/10/2016	Profissional de saúde	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Padronização deficitária para o uso dos Inibidores da MTOR	MAIOR PARTICIPAÇÃO GOVERNAMENTAL PARA LIBERAÇÃO DO MEDICAMENTO DESSA CLASSE		
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Boa	Os medicamentos fornecidos pelo SUS atendem a algumas necessidades dos pacientes diagnosticados com osteoporose. Todavia, há situações em que os medicamentos antiabsorptivos (a saber, da classe dos BISFOSFONATOS: ALENDRONATO DE SÓDIO e RISEDRONATO DE SÓDIO) disponibilizados pelo SUS, podem acarretar efeitos colaterais gastrointestinais <sup>1</sup> , sendo um dos mais frequentes a dispepsia (queimação no estômago) ou esofagite (inflamação do esfôago) motivo que pode levar o paciente a abandonar o tratamento. Em outras situações, o medicamento é contraindicado, como acalasia de esfôago e esfôago de Barret. <sup>2</sup> Nesta situação, deve-se utilizar a via endovenosa, no caso, o ZOLEDRONATO. Quando há insuficiência renal (DCE< 15 a 30 ml/min), está contraindicado o uso de qualquer BISFOSFONATO. Quanto ao PAMIDRONATO, não há evidências científicas de sua eficácia antifratura na osteoporose, não devendo ser prescrito para este diagnóstico. NÃO faz parte da lista de medicamentos aprovados ou recomendados para tratamento da Osteoporose de nenhum Consenso das Sociedades Científicas em todo o mundo. 1 - Reid IR. Bisphosphonates in the treatment of osteoporosis: a review of their contribution and controversies. SOSkeletal Radiol. 2011 Sep;40(9):1191-6.2 - Wysowski DK. Reports of esophageal cancer with oral bisphosphonate use. N Engl J Med. 2009;360(1):89. TERIPARATIDA deve ser incluída na lista de medicamentos para tratamento da osteoporose fornecidos pelo SUS, por ser a única medicação anabólica (ou seja, que atua basicamente aumentando a massa óssea por estimular a formação da mesma) disponível do mercado. O estudo pivotal do medicamento publicado na conceituada revista médica New England Journal of Medicine, por Neer e colaboradores <sup>3</sup> em 2001 demonstrou que o medicamento tem eficácia contra fraturas vertebrais (redução do risco em 65%) e não vertebrais (redução do risco em 53%). O medicamento deve ser prescrito por, no máximo, 24 meses. <sup>3,4</sup> O limite de 24 meses se deve ao risco de osteosarcom	Ele está desatualizado, conforme sugestões indicadas acima e que compartilho com colegas de especialidade médica.	A importância da atualização visa melhores tratamentos, custo-efetivos, numa doença que só tende a ser mais prevalente com a maior longevidade da população. Precisamos ainda ser mais efetivos na informação e ações de prevenção.	
				a, um câncer ósseo raro, que foi detectado nos estudos em animais que utilizaram a Teriparatida. <sup>5</sup> Neste sentido, indivíduos com alto risco basal de osteosarcoma, tais como pacientes com doença de Paget óssea, história prévia de radioterapia para tratamento de câncer, elevação não justificada da fosfatase alcalina sérica ou pacientes com epilepsias ósseas abertas, ou seja, ainda em fase de crescimento, tais como criança ou adolescente não são candidatos ao tratamento com Teriparatida. <sup>5,6</sup> Outras situações em que não se deve prescrever Teriparatida:- Pacientes com hiperparatireoidismo primário ou secundário, mesmo que tenha baixa massa óssea;- Pacientes com desordens associadas com hipercalemia (doença granulomatosa crônica, hipercalemia da malignidade) devido à possibilidade de piora da hipercalemia;- Pacientes com malignidade pré-existente, insuficiência renal e tireoide renal, deve-se ponderar custos e benefícios antes da prescrição da medicação.Após o término do ciclo da Teriparatida, deve-se prescrever um antiabsorptivo para preservar ou aumentar a massa óssea ganha com o tratamento anabólico. 3 - Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, Prince R, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med. 2001;344(19):1434-41.4 - Greenspan SL, Bone HG, Ettinger MP, Hanley DA, Lindsay R, Zanchetta JR, Blosch CM, Mathisen AL, Morris SA, Marriott TB, Treatment of Osteoporosis with Parathyroid Hormone Study Group. Effect of recombinant human parathyroid hormone (1-84) on vertebral fracture and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized trial. Ann Intern Med. 2007;146(5):326.5 - Vahle JL, Sato M, Long GG, Young JK, Francis PC, Engelhardt JA, Westmore MS, Linda Y, Nold JB. Skeletal changes in rats given daily subcutaneous injections of recombinant human parathyroid hormone (1-34) for 2 years and relevance to human safety. Toxicol Pathol. 2002;30(3):312.6 - Tashjian			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
				<p>AH Jr, Chabner BA. Commentary on clinical safety of recombinant human parathyroid hormone 1-34 in the treatment of osteoporosis in men and postmenopausal women. J Bone Miner Res. 2002;17(7):1151 Os potenciais candidatos para Teriparatida são homens e mulheres com 7,8: 65 anos ou mais e T-score de -4.0 ou mais baixo ou T-score de -3.5 e mais do que duas fraturas de fragilidade.- Com 55 a 64 anos e T-score de -4.0 ou mais baixo e mais do que duas fraturas de fragilidade.- Osteoporose induzida por glicocorticoide.- Falência terapêutica com outros medicamentos (fratura de fragilidade com perda de massa óssea apesar da adesão terapêutica). 7 - Hodsman AB, Bauer DC, Dempster DW, Dian L, Hanley DA, Harris ST, Kendler DL, McClung MR, Miller PD, Olszynski WP, Orwoll E, Yuen CK. Parathyroid hormone and teriparatide for the treatment of osteoporosis: a review of the evidence and suggested guidelines for its use. Endocr Rev. 2005;26(5):688.8 - Cranney A, Papaioannou A, Zyturuk N, Hanley D, Adachi J, Goltzman D, Murray T, Hodsman A, Clinical Guidelines Committee of Osteoporosis Canada. Parathyroid hormone for the treatment of osteoporosis: a systematic review. CMAJ. 2006;175(1):529 - <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/TA161/chapter/1-guidance">https://www.nice.org.uk/guidance/TA161/chapter/1-guidance</a>. Acessado em 14 de setembro de 2016. DENOSUMABE deve ser incorporado aos medicamentos para tratamento da osteoporose pelo SUS, por se tratar de antirreabsortivo. Todavia, diferentemente dos bisfosfonatos orais, este medicamento é aplicado por via subcutânea semestralmente, podendo ser utilizado nos pacientes com contra-indicações aos bisfosfonatos orais por efeitos colaterais gastrointestinais ou por apresentarem esofagite, acalasia de esôfago ou esôfago de Barrett.Outra indicação do medicamento é em pacientes com clearance de creatinina entre 15 a 30 ml/min, quando é contraindicado o uso dos Bisfosfonatos. Todavia, as anormalidades ósseas relacionada à insuficiência renal crônica tem várias formas de apresentação e o médico deve afastar doença</p>			
				<p>óssea adinâmica antes da prescrição do denosumabe.Devido ao ganho de massa óssea com o denosumabe ser maior do que o encontrado com outros tratamentos, como os bisfosfonatos (apesar de não serem estudos comparativos diretos, os chamados estudos Head to Head), pode ser opção nos pacientes com alto risco de fraturas e densidade mineral óssea muito baixa. O tratamento com denosumabe por até 8 anos levou a reduções persistentes dos marcadores da remodelação óssea, ganhos contínuos de DMO e redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril em mulheres pós-menopausa com osteoporose.10As indicações aprovadas são:- Mulheres10 e homens11 com alto risco de fratura (história de fratura osteoporótica, múltiplos fatores de risco para fratura).- Pacientes que apresentaram falência ou são intolerantes aos bisfosfonatos.- Pacientes após realização de cirurgia bariátrica, com síndromes de má absorção intestinal (retocolite ulcerativa e doença de Chron), em que o tratamento com bisfosfonato oral não é uma boa opção pela menor absorção medicamentosa, ou pacientes acamados, que teriam alto risco de esofagite pelo refluxo. 10 - Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al.; FREEDOM Trial. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med. 2009;361(8):756-65.11 - Langdahl BL, Teglbjaerg CS, Ho PR, et al. A 24-month study evaluating the efficacy and safety of denosumab for the treatment of men with low bone mineral density: results from the ADAMO trial.J Clin Endocrinol Metab. 2015 Apr;100(4):1335-42. Raloxifeno, calcitonina e estrógenos conjugados:Raloxifeno e calcitonina são medicamentos que têm eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais. Entretanto, não há comprovação científica de eficácia contra fraturas não vertebrais e de quadril, o que limita a utilidade dos mesmos. Raloxifeno pode ser indicado para mulheres há mais de dez anos pós-menopausa, quando a perda óssea est</p>			
				<p>á bem relacionada à deficiência estrogênica, e/ou quando há história pessoal ou familiar de câncer de mama.14 os estrógenos conjugados, tem eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de fêmur. A principal indicação é em pacientes com sintomas climatéricos de fogachos (ondas de calor), especialmente mulheres saudáveis dentro dos primeiros 10 anos de menopausa ou menores de 60 anos e que não tenham contra-indicações para a Terapia de Reposição Hormonal (história de câncer de mama, doença hepática ativa, tromboembolismo venoso, acidente vascular encefálico ou doença arterial coronariana).</p>			
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	<p>1: há previsão de okt3, mas não o dispomos no mercado, dessa forma ficamos sem alternativa para rejeições refratárias ao tratamento convencional, incluso timoglobulina. 2: para hipersensibilizados não dispomos de bortezomib, alternativa pós terapia de remoção de anticorpos para manutenção de titulações baixas dos mesmos. 3: nos falta apresentação de tacrolimo de 0,5mg ou do tacrolimo com liberação estendida, o que poderia suprir a ausência da apresentação de 0,5mg; 4: não dispomos de belatacept como alternativa para pacientes que não podem usar inibidores de calcineurina; 5: não dispomos de ganciclovir ou valganciclovir para profilaxia de cmv ambulatorial</p>	há dificuldade de tempo hábil na liberação de medicações de alto custo como imunoglobulina;	<p>1: não conseguimos bortezomib ou belatacept; 2. Precisamos de diminuição de custos ou acesso a plasmáferese;3: urgência em viabilizar profilaxia para cmv, como valganciclovir ou ganciclovir via hospital dia;4: urgência em reajuste nas consultas ambulatoriais e custeio hospitalar como aihs / apacs sobe risco de diminuir o número absoluto de transplantes</p>	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Asma	Regular	<p>Considero importante atualizar o documento como um todo, com base nas diretrizes da Global Initiative for Asthma. 2016 GINA Report - Global Strategy for Asthma Management and Prevention (disponível em <a href="http://www.gina.org">www.gina.org</a>). Muitas coisas mudaram no manejo da asma em crianças e adultos desde o último PCDT, particularmente em relação ao tratamento, alterado em 2014. Alguns pontos importantes estão citados abaixo:</p> <p>1. <b>Item 2, INTRODUÇÃO.</b> A definição de asma mudou e deve ser revisada de acordo com as diretrizes do GINA 2016: Asma é uma doença heterogênea, na maioria dos casos caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas. É definida pela história de sintomas respiratórios de chiado, falta de ar, dispnéia, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade, além limitação ao fluxo aéreo.</p> <p>2. <b>INTRODUÇÃO.</b> Considero importante incluir na Introdução dados de mortes por asma no Brasil, do DATASUS, tanto da mortalidade hospitalar (SIH) quanto da mortalidade geral por asma (SIM). Ainda morrem cerca de 3000 pessoas por ano por crise de asma e este número não está diminuindo, embora a mortalidade por asma hospitalar esteja caindo, sugerindo que muitos pacientes estão morrendo fora do ambiente hospitalar.</p> <p>3. <b>EM DIAGNÓSTICO:</b> Citar a Síndrome overlap Asma DPOC (ACOS).</p> <p>4. <b>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.</b> Revisar inteiramente de acordo com as etapas de 1 a 5 propostas pelo GINA. Em particular, para asma grave não controlada é recomendado o uso de corticosteroide inalatório em dose máxima diária associado a B2LA para manutenção e também para alívio, e corticoterapia oral em dose mínima efetiva se não houver controle (Adaptado do GINA 2008, de 8 anos atrás). Nas diretrizes GINA, trata-se da etapa 5, em que outras opções de tratamento como a terapia anti-IgE com o Omalizumabe (licenciado no Brasil pela ANVISA) ou a terapia anti-IL-5 com Mepolizumabe (ainda não licenciado no Brasil) são recomendadas. Sabe-se que a corticoterapia sistêmica diária por tempo prolongado ou corticote</p>	<p>Considero que um dos grandes problemas é o conhecimento limitado sobre asma, seus riscos e as estratégias de tratamento da doença entre médicos não especialistas. Considerando a elevada prevalência de asma no Brasil, em torno de 10% em adultos, e próximo a 20% em crianças e adolescentes, não há médicos especialistas (Alergistas ou Pneumologistas) em número suficiente para cuidar de todos esses pacientes. Portanto, é fundamental a capacitação de médicos não-especialistas e outros profissionais de saúde da rede pública para o manejo da asma, incluindo tratamento medicamentoso, uso adequado de dispositivos inalatórios, tratamento não-medicamentoso, e educação do paciente com asma. Somente dessa forma esta diretriz poderia ser efetivamente implementada. Em trabalho realizado junto a rede pública da cidade de Ribeirão Preto por equipe de especialistas em asma, um programa de capacitação modificou o perfil de prescrições para asma, com aumento das prescrições de Beclometasona inalatória para tratamento a longo prazo, e de Salbutamol inalatório como medicação de resgate para crises (artigo em anexo: University and Public Health System partnership: a real life intervention to improve asthma management. Melo J, Moreno A, Ferriani V, Araujo AC, Vianna E, Borges M, Roxo P Jr, Gonçalves M, Mello L, Parreira R, Silva J, Stefanelli P, Panazol L, Cetlin A, Queiroz L, Araujo R, Dias M, Aragon D, Domingos N, Arruda LK. J Asthma. 2016 Oct 7:0.). Seria fundamental ter um programa nacional para o manejo da asma, para termos o tratamento adequado e prevenção de crises entre nossos pacientes.</p>	<p>A maioria dos pacientes com asma apresenta controle adequado dos sintomas com as estratégias propostas neste PCDT, e grande parte dos pacientes com asma persistente leve e moderada poderiam ser tratados por médicos não-especialistas desde que devidamente capacitados. Entretanto, há um grupo que representa 3% a 5% dos asmáticos que vai apresentar asma grave persistente de difícil controle. Estes pacientes tem risco elevado de morte por asma e necessitam de cuidado por especialista, idealmente por equipe multidisciplinar. Eles vão precisar de uma abordagem mais cuidadosa e intensiva, que pode incluir 2 a 3 drogas controladoras, tratamento de co-morbidades associadas, realização de diagnóstico diferencial, monitoramento de perto da adesão e técnica de uso de medicações inalatórias, e nos casos não controlados com esta abordagem, do uso da terapia anti-IgE com Omalizumabe, se apresentarem asma alérgica. Recentemente, em Julho de 2016 foi publicado parecer da CONITEC contrário à incorporação do Omalizumabe para o tratamento de pacientes com asma grave não controlada. O Relatório de Recomendação da CONITEC no. Nº 219 de Julho/2016 descreve de forma detalhada e apropriada uma revisão extensa da literatura realizada, os resultados da Consulta Pública e da Apresentação de Especialistas no plenário da CONITEC. Este documento cita a recomendação do Omalizumabe para asma grave não controlada em outros países, pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nos Estados Unidos, e pelos governos australiano e escocês, e destaca que as recomendações e uso do Omalizumabe por experts no Brasil e exterior são diferentes das recomendações em bula, na prática clínica sendo utilizado para pacientes com maior gravidade do que o indicado na bula do produto. Como especialista em asma há muitos anos, eu aprecio que vivemos em um país de recursos financeiros limitados, e na minha prática clínica em Hospital Universitário com Centro de Referência em Asma de Difícil Controle, defendo o uso do Omalizumabe mediante protocolo detalhado, com indicação muito precisa: o paciente deve preencher todos os critérios de um check list, e tem que haver concordância da indicação por pelo menos 2 médicos especialistas. Gostaria então de propor a inclusão do Omalizumabe na presente diretriz, para pacientes com asma grave de difícil controle, como descrito acima, mas ediante o uso de protocolo definido e aprovação por Centros de Referência em Asma Grave no país.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
				<p>rapia sistêmica frequente leva a efeitos colaterais graves como hipertensão, diabetes, catarata e glaucoma, obesidade, síndrome de Cushing (precauções citadas na footnote do Quadro 3, item g; efeitos adversos detalhadamente descritos no documento). É inadmissível que esta terapia seja recomendada quando há uma alternativa segura e altamente eficaz em nosso meio, o Omalizumabe, para os casos de asma grave não controlada.</p> <p>5. <b>QUADRO 4.</b> Atualizar as doses de corticosteroides inalatórios categorizadas em Mínima, Média e Máxima, para as categorias e doses recomendadas pelo GINA 2016 em doses baixas, médias e altas. No PCDT atual essas doses estão baseadas no GINA 2009.</p> <p>6. <b>MEDICAMENTOS CONTROLADORES.</b> Adicionar estudos com o tiotrópio, que se mostrou eficaz como droga adjuvante em pacientes sem controle com o tratamento com corticosteroide inalatório + B2LA (citado no GINA 2016, com indicação para pacientes de 18 anos ou mais). De acordo com o GINA 2016 e outras diretrizes, o uso de corticosteroide oral na asma é <b>CONTRAINDICADO</b>. No presente PCDT, sob "Corticosteroides sistêmicos" é dito que: "...pacientes com asma grave frequentemente necessitam de cursos de corticoterapia sistêmica. Em muitos casos, a adição de corticosteroide oral se faz necessária para obtenção do melhor estado de controle". Esta recomendação é completamente inadequada. Pacientes com asma grave devem ser tratados com altas doses de corticosteroide inalatório, com técnica e adesão corretas confirmadas, associados a B2LA, além de terceira droga controladora se for possível (tiotrópio, anti-leucotrieno, teofilina de longa duração), excluídas e/ou tratadas comorbidades, e se ainda não houver controle, associar o Omalizumabe, ou outros imunobiológicos quando estiverem disponíveis no Brasil, de acordo com suas indicações específicas. Portanto, o PCDT deve listar o Omalizumabe como opção terapêutica para os pacientes com asma alérgica que não obtém controle na etapa 4 do GINA, pela eficácia e segurança em adul</p>			
				<p>tos e crianças de 6 anos ou mais de idade.</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Boa	1- TERAPIA COMBINATÓRIA - que seja efetivamente considerada esta necessidade dado que é uma realidade mundial. O estudo AMBITION nos mostra que iniciar com terapia combinatória torna mais eficaz o tratamento do que a terapia de adição.2-medição disponível para urgências - Os centros que lidam com pacientes mais graves, em especial, como o nosso que realiza transplante de pulmão, deveriam contar com disponibilidade de medicações em casos de urgência e terapia intensiva, sem que houvesse todos o tempo de espera para um processo administrativo convencional (que no caso do RS chega no mínimo a 45 dias de espera entre a entrega de documentação e o recebimento do medicamento. Tal fornecimento poderia ser adotado como provisório para o paciente apenas em necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva ou classe funcional IV quando o tempo de espera é demasiado longa para quem precisa de tratamento urgente.3- DISPONIBILIZAÇÃO DE TRATAMENTO PARA OS GRUPOS 1 e 4 da classificação da OMS (hoje dispomos de drogas protocoladas apenas para grupo 1 e há aprovação de medicamento também para o grupo 4 - HPTec (hipertensão pulmonar devido a tromboembolismo pulmonar crônico.4- disponibilização das medicações nos próprios centros de referência: há uma dificuldade de acesso dos pacientes aos medicamentos devido às dificuldades criadas pelas farmácias públicas do estado, não há informação sobre a dispensação, disponibilidade e datas. Trata-se de pacientes graves que no atual momento retornam por muitas vezes nas portas das farmácias, sem reposição, muitos sequer têm condições financeiras para pagar transporte diário em busca de informações ao passo que, se a dispensação ocorresse diretamente no centro de referência, pouparia saúde, custos para o paciente e Estado.4- inclusão de droga EV para tratamento em terapia intensiva e classe funcional IV da OMS: o epoprostenol EV ainda é a droga de escolha para este fim. Continua sendo nas diretrizes mundiais a droga de indicação nível A.	1- Acesso ao tratamento - dificuldade de acesso e respostas, bem como de fornecimento regular das medicações presentes no atual protocolo por parte das secretarias de saúde.2-Tempo de demora para realização através do Sistema Único de Saúde de exames de alta complexidade como cateterismo cardíaco direito e tomografia de tórax, para os pacientes mais graves a espera em torno de seis meses a um ano é demasiado longa, considerando-se que haverá mais tempo de espera entre a entrega dos exames e solicitação da APAC o que retarda o início do tratamento para cerca de 1 ano após o diagnóstico, por vezes, vemos o caso do paciente agravar-se muito neste período. Poderíamos pensar em criar um caminho mais curto para estas patologias mais graves em relação aos exames solicitados pelo protocolo, a fim de minimizar este grave problema de tempo.	1- CREIO que o atual protocolo atende boa parte das necessidades dos pacientes com Hipertensão Pulmonar o que significa um avanço em relação aos anteriores que precedem a publicação do mesmo. Porém houve avanços terapêuticos e diagnósticos neste período de vigência do atual protocolo e, também, necessidade de adequação das secretarias de saúde, bem como fiscalização sobre a regularidade do fornecimento por parte das mesmas das medicações já presentes no protocolo. urge que possamos ter um pouco mais de agilidade no que tange a diagnóstico e fornecimento de terapia. O Centro de Hipertensão Pulmonar da Santa Casa de Porto Alegre-RS, coloca-se à disposição da CONITEC para qualquer colaboração que se faça necessária no que se refere a oferecer uma melhor qualidade de tratamento e manejo dos pacientes com Hipertensão Pulmonar.	
26/10/2016	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	tenho notícias que o mercado oferece medicamentos novos para o controle da hipertensão pulmonar - minha filha faz uso de 2 medicamentos ela perdeu quase toda a audição por conta da medicação , realizará exames e provavelmente terá que usar oxigênio .	Só vai melhorar		
26/10/2016		Asma	Boa	Existem novos estudos em andamento com o próprio Omalizumab e novas drogas que provavelmente entrarão no mercado em breve, com o objetivo de tratar a Asma e principalmente a Asma grave de difícil controle, isso provavelmente gerará novas enquetes.	Em São Paulo (Capital), temos disponíveis algumas medicações que compõe o tratamento da Asma, principalmente as básicas na rede pública do Estado e Município, embora algumas vezes haja períodos de falta das mesmas.	A importância do tratamento regular para a estabilidade da doença e prevenção de riscos futuros.	
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Ruim	Novas terapias de uso subcutâneo e endovenoso , para pacientes com contraindicação ao uso de medicamentos via oral. Medicamentos que induzem formação de massa óssea em pacientes com osteoporose severa, fraturas e com dor relacionadas as fraturas.		Incorporação do denosumab, teriparatida e ácido zoledrônico ao Pcdt.	
26/10/2016		Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	Vide documento em anexo	O principal aspecto é a falta de flexibilidade.Vide documento em anexo para maiores detalhes	A ABTO está disponível para ajudar o MS e a CONITEC na elaboração de protocolos clínicos relacionados ao transplante de órgãos e tecidos.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Asma	Regular	1- A classificação do Controle e da Gravidade da Doença baseada na Iniciativa Global para Asma 2016.2- Um tópico específico sobre os pacientes com asma grave que são os que geram mais custos diretos e indiretos: hospitalização, atendimentos em emergência, consultas não agendadas, faltas ao trabalho e escola. Nesse tópico deveria estar inserido a necessidade deste paciente ser acompanhado em Centro de Referência e também ter acesso aos tratamentos propostos para aqueles que não controlam na etapa 4 do tratamento (anticolinérgico de longa ação e anti-IgE).4- Alterar o último parágrafo do item 10 no qual consta que os pacientes com asma não controlada ou exacerbada devem ser atendidos por Pneumologistas apena, omitindo que esses pacientes também são tratados por Alergistas em serviços de Alergia.	O que facilita a implantação da diretriz no Espírito Santo é o excelente nível de organização da Assistência Farmacêutica. A SESA-ES tem uma Diretriz para Asma não controlada desde 2009 que possibilita aos pacientes graves terem acesso a todos os fármacos disponíveis para o tratamento da asma não controlada. Os pacientes que não controlam com os fármacos prescritos no PCDT 2013 tem acesso também a terapia anti-IgE com omalizumab. Caso o novo PCDT contemple o tratamento dos asmáticos que não controlam com dose alta de corticóide inalatório será um avanço no sentido de possibilitar acesso a todas os fármacos disponíveis para terapia da asma grave disponíveis até o momento.		
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	Acrescimento de novos medicamentos para o grupo IV (HAP por TEP crônico) - RiociguatManter Sildenafil, Ambrisentana e Bosentana como primeira linha para início de tratamento, deixando a possibilidade de associação desde o início do tratamento nos casos mais graves.Atualização a cada 2 anos.	A dificuldade financeira que passa o país e principalmente o meu estado.	Acho válido a criação de um centro estadual ou a contratação por parte do estado de um consultor especializado no assunto para que possa avaliar todos os novos casos para evitar a prescrição sem indicação correta destes medicamentos, já que existem causas secundárias onde não há indicação de tratamento específico.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Regular	<p>Há situações em que os medicamentos antirreabsortivos (os BISFOSFONATOS: ALENDRONATO DE SÓDIO e RISEDRONATO DE SÓDIO) disponibilizados pelo SUS, podem acarretar efeitos colaterais gastrointestinais, principalmente esofagite motivo que pode levar o paciente a abandonar o tratamento. Em outras situações, o medicamento é contraindicado, como acalasia de esôfago e esôfago de Barret.2 Nesta situação, deve-se utilizar a via endovenosa, no caso, o ZOLEDRONATO. Quando há insuficiência renal (DCE&lt; 15 a 30 ml/min), está contraindicado o uso de qualquer BISFOSFONATO. Pamidronato NÃO faz parte da lista de medicamentos aprovados ou recomendados para tratamento da Osteoporose de nenhum Consenso das Sociedades Científicas em todo o mundo. TERIPARATIDA deve ser incluída na lista de medicamentos para tratamento da osteoporose fornecidos pelo SUS, por ser a única medicação que aumenta a massa óssea disponível do mercado. O estudo pivotal do medicamento publicado na conceituada revista médica New England Journal of Medicine, por Neer e colaboradores3 em 2001 demonstrou que o medicamento tem eficácia contra fraturas vertebrais (redução do risco em 65%) e não vertebrais (redução do risco em 53%). Deve ser usada por 24 meses.Após o término do ciclo da Teriparatida, deve-se prescrever um antirreabsortivo para preservar ou aumentar a massa óssea ganha com o tratamento anabólico.Os potenciais candidatos para Teriparatida são homens e mulheres com- 65 anos ou mais e T-score de -4.0 ou mais baixo ou T-score de -3.5 e mais do que duas fraturas de fragilidade.- Com 55 a 64 anos e T-score de -4.0 ou mais baixo e mais do que duas fraturas de fragilidade.- Osteoporose induzida por glicocorticóide.- Falência terapêutica com outros medicamentos (fratura de fragilidade com perda de massa óssea apesar da adesão terapêutica). DENOSUMABE deve ser incorporado aos medicamentos para tratamento da osteoporose pelo SUS, por se tratar de antirreabsortivo. Todavia, diferentemente dos bisfosfonatos orais, este m</p>	<p>A doença é extremamente prevalente e o PCDT atual está desatualizado. Há medicamentos melhores. Certamente haverá menos fraturas se forem incluídos. Além disso, abordagem precoce correta gerará economia para o governo.</p>	<p>Eu estou convicto que todos protocolos de tratamento devem ser elaborados pelas comissões específicas de cada sociedade da especialidade. Algumas doenças, como a osteoporose, são multidisciplinares e, portanto, poderiam ser nomeados especialistas das sociedades envolvidas. No caso, reumatologia, endocrinologia e ginecologia.</p>	
				<p>edicamento é aplicado por via subcutânea semestralmente, podendo ser utilizado nos pacientes com contraindicações aos bisfosfonatos orais por efeitos colaterais gastrointestinais ou por apresentarem esofagite, acalasia de esôfago ou esôfago de Barret.Outra indicação do medicamento é em pacientes com clearance de creatinina entre 15 a 30 ml/min, quando é contraindicado o uso dos Bisfosfonatos. Todavia, as anormalidades ósseas relacionada à insuficiência renal crônica tem várias formas de apresentação e o médico deve afastar doença óssea adinâmica antes da prescrição do denosumabe. Devido ao ganho de massa óssea com o denosumabe ser maior do que o encontrado com outros tratamentos, como os bisfosfonatos (apesar de não serem estudos comparativos diretos, os chamados estudos Head to Head), pode ser opção nos pacientes com alto risco de fraturas e densidade mineral óssea muito baixa. O tratamento com denosumabe por até 8 anos levou a reduções persistentes dos marcadores da remodelação óssea, ganhos contínuos de DMO e redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril em mulheres pós-menopausa com osteoporose.10 As indicações aprovadas são: - Mulheres10 e homens11 com alto risco de fratura (história de fratura osteoporótica, múltiplos fatores de risco para fratura).- Pacientes que apresentaram falência ou são intolerantes aos bisfosfonatos.- Pacientes após realização de cirurgia bariátrica, com síndromes de má absorção intestinal (retocolite ulcerativa e doença de Chron), em que o tratamento com bisfosfonato oral não é uma boa opção pela menor absorção medicamentosa, ou pacientes acamados, que teriam alto risco de esofagite pelo refluxo.Raloxifeno, calcitonina e estrógenos conjugados:Raloxifeno e calcitonina são medicamentos que têm eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais. Entretanto, não há comprovação científica de eficácia contra fraturas não vertebrais e de quadril, o que limita a utilidade dos mesmos. Raloxifeno pode ser in</p>			
				<p>dicado para mulheres há mais de dez anos pós-menopausa, quando a perda óssea está bem relacionada à deficiência estrogênica, e/ou quando há história pessoal ou familiar de câncer de mama. Já os estrógenos conjugados, tem eficácia comprovada para redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de fêmur. A principal indicação é em pacientes com sintomas climatéricos de fogachos (ondas de calor), especialmente mulheres saudáveis dentro dos primeiros 10 anos de menopausa ou menores de 60 anos e que não tenham contraindicações para a Terapia de Reposição Hormonal (história de câncer de mama, doença hepática ativa, tromboembolismo venoso, acidente vascular encefálico ou doença arterial coronariana).</p>			

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Ruim	A validação do uso da terapia combinada sequencial ou simultânea (estudo AMBITION, com ambrisentana e tadalafila) com drogas específicas para HAP, baseado tanto no seu racional - usado para outras doenças como HAS, neoplasias e HIV - como também nas evidências construídas, aliadas ao fato de poucos centros disponibilizarem de Centros de Transplante Pulmonar, justificam uma forte RECONSIDERAÇÃO quanto a este aspecto. O documento em questão nos levará a uma realidade futura em que pacientes que não permaneçam clinicamente estáveis com APENAS UMA DROGA ESPECÍFICA sejam IMEDIATAMENTE encaminhados para Centros de Transplante Pulmonar que inexistem em número suficiente no país, IMPACTANDO DE FORMA EXTREMAMENTE NEGATIVA NA SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES, levando-os a internações frequentes por progressão da doença de base e consequente óbito. A não-inclusão de drogas recentemente validadas como RIOCIGUAT (ativador de guanilato-ciclastase solúvel), MACITENTANA (primeira droga por VIA ORAL a ter IMPACTO POSITIVO na sobrevida dos pacientes) e mais recentemente o SELEXIPAG (primeira droga VO a atuar na via das prostaciclina COM PERFIL DE SEGURANÇA melhor que a de outras drogas análogas das prostaciclina) também determinam uma LIMITAÇÃO NO ESPECTRO TERAPÊUTICO da doença. E por fim, a não-inclusão da primeira droga com impacto comprovado na sobrevida - EPORPOSTENOL - JÁ DISPONIBILIZADAS Há QUASE UMA DÉCADA EM QUASE TODOS OS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA, e que até o momento não foi incluída no PCDT. EM SUMA: TODAS AS DROGAS ACIMA DEVERIAM SER INCLuíDAS E SOB A FORMA DE MONOTERAPIA, BEM COMO TERAPIA COMBINADA OU SEQUENCIAL.	A gravidade da doença no momento da sua apresentação clínica e do seu seguimento, aliada a problemas constantes na disponibilização e acesso às terapias específicas torna INVIÁVEL o manejo minimamente adequado SEM QUE SEJA REALIZADA A TERAPIA COMBINADA com 2 ou 3 classes de drogas	A CRIAÇÃO DE UM COMITÉ DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COMPOSTO POR ESPECIALISTAS EM HIPERTENSÃO PULMONAR ORIUNDOS DAS SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA E DE PNEUMOLOGIA E TISILOGIA	<a href="#">Clique aqui</a>
				DADA A NATURAL E ESPERADA ESCASSEZ DE CENTROS QUE POSSAM REALIZAR O TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL. O MINISTÉRIO DA SAÚDE TAMBÉM DEVERIA LEVAR A CRIAÇÃO DE UM REGISTRO NACIONAL QUE ENVOLVESSE ESPECIALISTAS NO ASSUNTO DE SOCIEDADES COMO A DE CARDIOLOGIA E DE PNEUMOLOGIA, PERMITINDO QUE A PRÓPRIA PRÁTICA DA TERAPIA COMBINADA VENHAM A GERAR CONHECIMENTO OBTIDO A PARTIR DE DADOS DESTE REGISTRO, COMO POR EXEMPLO NO MOLDE DE UM ENSAIO DE REGISTRO RANDOMIZADO			
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Ruim	O uso de terapatrida aos pacientes em tratamento e que evoluem com fraturas ou piora da da massa óssea é uma opção que deve ser considerada. A terapia com denosumabe aos pacientes que não toleraram ou não responderam aos bisfosfonatos também poderia ser reconsideradas.	dificuldade de acesso a densitometria óssea atrapalha o diagnóstico e tratamento.		
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Regular	CONSIDERO IMPORTANTE QUE MUITAS INDICAÇÕES DO PCDT SEJAM REVISITAS: TERAPIA DE INDUÇÃO COM OKT3 PARA HIPERSENSIBILIZADOS NÃO É FEITO HA MAIS DE 10 ANOS NO BRASIL. A TIMOGLOBULINA OU ATG SUBSTITUIU O OKT3 COM MUITO SUCESSO, ESPECIALMENTE POR MELHORES RESULTADOS E MENOS EFEITOS COLATERAIS GRAVES AO PACIENTE. A TERAPIA DE MANUTENÇÃO COM AZATIOPRINA COMO DROGA ANTIPROLIFERATIVA DE ESCOLHA TAMBEM NAO VEM SENDO FEITA HA MUITOS ANOS, E DEVE SER RECONSIDERADO A INDICAÇÃO DE MICOFENOLATO. AS INDICAÇÕES DO USO DE INIBIDORES DA mTOR NO PROTOCOLO DE IMUNOSSUPRESSÃO INICIAL DEVEM SER AMPLIADAS.	Ha mais de 10 anos, usamos como protocolo de imunossupressão de indução em varios centros de Transplante do Brasil o tacrolimo e o micofenolato (antes mofetil e depois o sodico) com ou sem esteroides, com bons resultados e baixissimas taxas de rejeição aguda. Considero um retrocesso o uso da azatioprina no protocolo inicial, o que não é mais realizado pelas comunidades transplantadoras internacionais. Hoje o esquema com micofenolato e tacrolimo está consagrado como o mais utilizado protocolo imunossupressor inicial. Matas et al, 2015). Nos Estados Unidos, o uso de azatioprina está praticamente abandonado. (Matas et al, 2015. American Journal of Transplantation). Um artigo publicado no Jornal Brasileiro de Nefrologia em 2014 mostra a evolução do uso dos imunossupressores em 3 eras no Brasil, podendo verificar-se que na 3ª era (2007-2011), não se usava mais azatioprina no centro em estudo (J Bras Nefrol 2014;36(2):194-200)O protocolo atual do PCDT recomenda que o esquema inicial seja tacrolimus, azatioprina e prednisona. Entretanto sugerimos que isto precisa ser revisito, porque para conseguir eficácia em termos de	Nos dias atuais o que mais se recomenda na literatura nacional e internacional é a individualização da imunossupressão, que deve ser ajustada a múltiplas condições presentes nos receptores e também no doador, para melhorar os resultados dos transplantes em termos de sobrevida dos enxertos e pacientes. Então acredito que deve ser ampliada a margem de indicações do uso de inibidores da mTOR, a depender das condições do receptor e das condições locais de cada serviço em termos de monitorização e tratamento para infecções como CMV, BK vírus, entre outras.	<a href="#">Clique aqui</a>

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Asma	Ruim	<p>Considero importante atualizar o documento, com base nas diretrizes da Global Initiative for Asthma, 2016 GINA Report - Global Strategy for Asthma Management and Prevention (disponível em <a href="http://www.gina.org">www.gina.org</a>). Muitas coisas mudaram no manejo da asma em crianças e adultos desde o último PCDT, particularmente em relação ao tratamento, alterado em 2014. Alguns pontos importantes estão citados abaixo: 1. Item 2, INTRODUÇÃO. A definição de asma mudou e deve ser revisada de acordo com as diretrizes do GINA 2016: Asma é uma doença heterogênea, na maioria dos casos caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas. É definida pela história de sintomas respiratórios de chiado, falta de ar, dispnéia, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade, além limitação ao fluxo aéreo. 2. INTRODUÇÃO. Considero importante incluir na Introdução dados de mortes por asma no Brasil, do DATASUS, tanto da mortalidade hospitalar (SIH) quanto da mortalidade geral por asma (SIM). Ainda morrem cerca de 3000 pessoas por ano por crise de asma e este número não está diminuindo, embora a mortalidade por asma hospitalar esteja caindo, sugerindo que muitos pacientes estão morrendo fora do ambiente hospitalar. 3. Em DIAGNÓSTICO: Citar a Síndrome overlap Asma DPOC (ACOS). 4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO. Revisar inteiramente de acordo com as etapas de 1 a 5 propostas pelo GINA. Em particular, para asma grave não controlada é recomendado o uso de corticosteroide inalatório em dose máxima diária associado a B2LA para manutenção e também para alívio, e corticoterapia oral em dose mínima efetiva se não houver controle (Adaptado do GINA 2008, de 8 anos atrás). Nas diretrizes GINA, trata-se da etapa 5, em que outras opções de tratamento como a terapia anti-IgE com o Omalizumabe (licenciado no Brasil pela ANVISA) ou a terapia anti-IL-5 com Mepolizumabe (ainda não licenciado no Brasil) são recomendadas. Sabe-se que a corticoterapia sistêmica diária por tempo prolongado ou corticoterapia sistêmica</p>	<p>Considero que um dos grandes problemas é o conhecimento limitado sobre asma, seus riscos e as estratégias de tratamento da doença entre médicos não especialistas. Considerando a elevada prevalência de asma no Brasil, em torno de 10% em adultos, e próximo a 20% em crianças e adolescentes, não há médicos especialistas (Alergistas ou Pneumologistas) em número suficiente para cuidar de todos esses pacientes. Portanto, é fundamental a capacitação de médicos não-especialistas e outros profissionais de saúde da rede pública para o manejo da asma, incluindo tratamento medicamentoso, uso adequado de dispositivos inalatórios, tratamento não-medicamentoso, e educação do paciente com asma. Somente dessa forma esta diretriz poderia ser efetivamente implementada. Em trabalho realizado junto a rede pública da cidade de Ribeirão Preto por equipe de especialistas em asma, um programa de capacitação modificou o perfil de prescrições para asma, com aumento das prescrições de Beclometasona inalatória para tratamento a longo prazo, e de Salbutamol inalatório como medicação de resgate para crises (artigo em anexo: University and Public Health System partnership: a real life intervention to improve asthma management. Melo J, Moreno A, Ferriani V, Araujo AC, Vianna E, Borges M, Roxo P Jr, Gonçalves M, Mello L, Parreira R, Silva J, Stefanelli P, Panazolo L, Cetlin A, Queiroz L, Araujo R, Dias M, Aragon D, Domingos N, Arruda LK. J Asthma. 2016 Oct 7:0.). Seria fundamental ter um programa nacional para o manejo da asma, para termos o tratamento adequado e prevenção de crises entre nossos pacientes.</p>	<p>A maioria dos pacientes com asma apresenta controle adequado dos sintomas com as estratégias propostas neste PCDT, e grande parte dos pacientes com asma persistente leve e moderada poderiam ser tratados por médicos não-especialistas desde que devidamente capacitados. Entretanto, há um grupo que representa 3% a 5% dos asmáticos que vai apresentar asma grave persistente de difícil controle. Estes pacientes tem risco elevado de morte por asma e necessitam de cuidado por especialista, idealmente por equipe multidisciplinar. Eles vão precisar de uma abordagem mais cuidadosa e intensiva, que pode incluir 2 a 3 drogas controladoras, tratamento de co-morbidades associadas, realização de diagnóstico diferencial, monitoramento de perto da adesão e técnica de uso de medicações inalatórias, e nos casos não controlados com esta abordagem, do uso da terapia anti-IgE com Omalizumabe, se apresentarem asma alérgica. Recentemente, em Julho de 2016 foi publicado parecer da CONITEC contrário à incorporação do Omalizumabe para o tratamento de pacientes com asma grave não controlada. O Relatório de Recomendação da CONITEC no. Nº 219 de Julho/2016 descreve de forma detalhada e apropriada uma revisão extensa da literatura realizada, os resultados da Consulta Pública e da Apresentação de Especialistas no plenário da CONITEC. Este documento cita a recomendação do Omalizumabe para asma grave não controlada em outros países, pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nos Estados Unidos, e pelos governos australiano e escocês, e destaca que as recomendações e uso do Omalizumabe por experts no Brasil e exterior são diferentes das recomendações em bula, na prática clínica sendo utilizado para pacientes com maior gravidade do que o indicado na bula do produto. Como especialista em asma há muitos anos, eu aprecio que vivemos em um país de recursos financeiros limitados, e na minha prática clínica em Hospital Universitário com Centro de Referência em Asma de Difícil Controle, defendo o uso do Omalizumabe mediante protocolo detalhado, com indicação muito precisa: o paciente deve preencher todos os critérios de um check list, e tem que haver concordância da indicação por pelo menos 2 médicos especialistas. Gostaria então de propor a inclusão do Omalizumabe na presente diretriz, para pacientes com asma grave de difícil controle, como descrito acima, mas mediante o uso de protocolo definido e aprovação por Centros de Referência em Asma Grave no país.</p>	
				<p>ca frequente leva a efeitos colaterais graves como hipertensão, diabetes, catarata e glaucoma, obesidade, síndrome de Cushing (precauções citadas na footnote do Quadro 3, item g: efeitos adversos detalhadamente descritos no documento). É inadmissível que esta terapia seja recomendada quando há uma alternativa segura e altamente eficaz em nosso meio, o Omalizumabe, para os casos de asma grave não controlada. 5. QUADRO 4. Atualizar as doses de corticosteroides inalatórios categorizadas em Mínima, Média e Máxima, para as categorias e doses recomendadas pelo GINA 2016 em doses baixas, médias e altas. No PCDT atual essas doses estão baseadas no GINA 2009. 6. MEDICAMENTOS CONTROLADORES. Adicionar estudos com o tiotrópio, que se mostrou eficaz como droga adjuvante em pacientes sem controle com o tratamento com corticosteroide inalatório + B2LA (citado no GINA 2016, com indicação para pacientes de 18 anos ou mais). De acordo com o GINA 2016 e outras diretrizes, o uso de corticosteroide oral na asma é CONTRAINDICADO. No presente PCDT, sob "Corticosteroides sistêmicos" é dito que: "...pacientes com asma grave frequentemente necessitam de cursos de corticoterapia sistêmica. Em muitos casos, a adição de corticosteroide oral se faz necessária para obtenção do melhor estado de controle". Esta recomendação é completamente inadequada. Pacientes com asma grave devem ser tratados com altas doses de corticosteroide inalatório, com técnica e adesão corretas confirmadas, associados a B2LA, além de terceira droga controladora se for possível (tiotrópio, anti-leucotrieno, teofilina de longa duração), excluídas e/ou tratadas comorbidades, e se ainda não houver controle, associar o Omalizumabe, ou outros imunobiológicos quando estiverem disponíveis no Brasil, de acordo com suas indicações específicas. Portanto, o PCDT deve listar o Omalizumabe como opção terapêutica para os pacientes com asma alérgica que não obtem controle na etapa 4 do GINA, pela eficácia e segurança em adultos e criança</p>			
				<p>s de 6 anos ou mais de idade (veja a referência em anexo, por Humbert et al).</p>			
26/10/2016	Paciente	Hipertensão Arterial Pulmonar	Regular	<p>Nova opção terapêutica medicamentosa. O medicamento Riociguate - ADEMPAS - trouxe grande benefício na minha vida quanto ao desempenho de atividades básicas pessoais e domiciliares, devido à grande melhora da dispnéia que apresentava para andar dentro de casa, tomar banho e cuidar da minha alimentação. Já consigo andar ao redor da minha residência. Recebi o diagnóstico de HAP por Embolia Pulmonar Crônica em outubro/15, com comprometimento cardíaco a seguir. Faço uso de Adempas há 5 meses. Dose atual, 2,5mg.</p>	<p>Vide 8 e 9.</p>	<p>Sou Professora aposentada e a manutenção do tratamento com Riociguate - ADEMPAS, conseguida até agora com a colaboração de várias pessoas, está quase impossível devido ao preço exorbitante desse medicamento. Assim, solicito que essa Comissão viabilize a inclusão do mesmo na Relação de Medicamentos para ser distribuído aos necessitados, mediante protocolo com critérios médicos definidos. Estou à disposição para mais esclarecimentos, incluindo entrevista e remessa de exames.</p>	

Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Imunossupressão no Transplante Renal	Ruim	Nos últimos 15 anos o transplante renal tem se beneficiado com a introdução de vários agentes imunossupressores que atuam em diferentes passos da resposta alioimune ao enxerto, sendo possível desenhar combinações de fármacos que tenham resultados aditivos ou sinérgicos. Essas novas e potentes associações possibilitaram uma drástica redução na incidência de rejeição aguda, para menos de 10%, oferecendo ainda o potencial de minimização das doses de inibidores de calcineurina e de esteroides, com diminuição das comorbidades relacionadas ao uso desses agentes. 1. Atualização no diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpos - A classificação atualizada de Banff permite o diagnóstico de rejeição mediada por anticorpos na ausência de positividade para C4d nos capilares peritubulares [Haas M, et al. Banff 2013 meeting report: inclusion of c4d-negative antibody-mediated rejection and antibody-associated arterial lesions. Am J Transplant. 2014 Feb;14(2):272-83; Orandi BJ, et al. Presentation and Outcomes of C4d-Negative Antibody-Mediated Rejection After Kidney Transplantation. Am J Transplant. 2016 Jan;16(1):213-20]. 2. Concordamos com a necessidade de medidas preventivas contra a infecção por CMV. Para tanto existem benefícios comprovados tanto com a profilaxia universal como com a terapia préemptiva. Algumas diretrizes sugerindo a profilaxia universal para as situações de alto risco (Doador positivo/ Receptor negativo). Para tanto, seria de grande valia a adição do valganciclovir na relação de medicamentos dispensados pelo SUS (RENAME), tanto para profilaxia, quanto para a terapia préemptiva. Esta medida resultaria em redução significativa das taxas de re-hospitalizações após o transplante. 3. Comparado com azatioprina, o uso de micofenolato resultou numa redução significativa da rejeição aguda confirmada por biopsia (41% versus 20%), bem como da gravidade histológica da rejeição. Ao final de 1 ano após o transplante, o MMF reduziu também as perdas de enxerto devido à rejeição (6,3% versus 2,6%). Estudos clínicos de curto e médio prazo demonstraram que o uso de inibidores da mTOR combinados com doses bem reduzidas de inibidores da calcineurina, em transplante renal de novo, são tão eficazes e seguros quanto aos regimes com micofenolato. Adicionalmente, um estudo brasileiro recente demonstrou de forma robusta que o uso precoce de inibidor de mTOR pode reduzir a incidência de infecção por CMV. (1. Nashed, B. et al. Review of cytomegalovirus infection findings with mammalian target of rapamycin inhibitor-based immunosuppressive therapy in de novo renal transplant recipients. Transplantation 2012	Ausência de flexibilidade na escolha de um esquema inicial de imunossupressão mais adequado e individualizado	Não	
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Osteoporose	Ruim	Ao Ministério da Saúde em resposta à enquete por consulta pública e solicitação de contribuição ao PCDT para OSTEOPOROSE, apresento as seguintes sugestões. Os medicamentos fornecidos pelo SUS atendem a algumas necessidades dos pacientes diagnosticados com osteoporose. Todavia, há situações em que os medicamentos antirreabsorptivos (a saber, da classe dos BISFOSFONATOS: ALENDRONATO DE SÓDIO e RISEDRONATO DE SÓDIO) disponibilizados pelo SUS, podem acarretar efeitos colaterais gastrointestinais, sendo um dos mais frequentes a dispênsia (queimação no estômago) ou esofagite (inflamação do esôfago) motivo que pode levar o paciente a abandonar o tratamento. Em outras situações, o medicamento é contraindicado, como acalasia de esôfago e esôfago de Barrett. 2 Nesta situação, deve-se utilizar a via endovenosa, no caso, o ZOLEDRONATO. Quando há insuficiência renal (DCE< 15 a 30 ml/min), está contraindicado o uso de qualquer BISFOSFONATO. Quanto ao PAMIDRONATO, não há evidências científicas de sua eficácia antifratura na osteoporose, não devendo ser prescrito para este diagnóstico. NÃO faz parte da lista de medicamentos aprovados ou recomendados para tratamento da Osteoporose de nenhum Consenso das Sociedades Científicas em todo o mundo. 1 - Reid IR. Bisphosphonates in the treatment of osteoporosis: a review of their contribution and controversies. SOSkeletal Radiol. 2011 Sep;40(9):1191-6. 2 - Wysowski DK. Reports of esophageal cancer with oral bisphosphonate use. N Engl J Med. 2009;360(1):89. TERIPARATIDA deve ser incluída na lista de medicamentos para tratamento da osteoporose fornecidos pelo SUS, por ser a única medicação anabólica (ou seja, que atua basicamente aumentando a massa óssea por estimular a formação da mesma) disponível do mercado. O estudo pivotal do medicamento publicado na conceituada revista médica New England Journal of Medicine, por Neer e colaboradores <sup>3</sup> em 2001 demonstrou que o medicamento tem eficácia contra fraturas vertebrais (redução do risco em 65%) e não vertebrais (redução do risco em 53%). O medicamento deve ser prescrito por, no máximo, 24 meses. 3. 4 O limite de 24 meses se deve ao risco de osteosarcoma, um câncer ósseo raro, que foi detectado nos estudos em animais que utilizaram a Teriparatida. 5 Neste sentido, indivíduos com alto risco basal de osteosarcoma, tais como pacientes com doença de Paget óssea, história prévia de radioterapia para tratamento de câncer, elevação não justificada da fosfatase alcalina sérica ou pacientes com epífises ósseas abertas, ou seja, ainda em fase de crescimento, não devem receber o medicamento. Não são candidatos ao	A doença é muito prevalente e o atual PCDT está desatualizado	O tratamento adequado e uma abordagem precoce correta gera economia no sistema de saúde evitando ou diminuindo de muito as fraturas patológicas e sucessivas cirurgias corretivas.	



Contribuições da Enquete - Atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2014: PCDT Anemia por Deficiência de Ferro, PCDT Asma, PCDT Doença de Crohn, PCDT Doença de Gaucher, PCDT Hipertensão Arterial Pulmonar, PCDT Imunossupressão no Transplante Renal, PCDT Osteoporose, PCDT Transtorno Esquizoafetivo - CONITEC

Data Contrib.	Deseja contribuir como?	Sobre qual PCDT deseja contribuir?	O que você acha da versão vigente do protocolo ou diretriz?	Qual informação você considera importante acrescentar na atualização do documento?	Considerando sua realidade local, o que ajuda ou dificulta a implantação deste protocolo ou diretriz atualmente?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Upload do arquivo
26/10/2016	Profissional de saúde	Osteoporose	Regular	<p>Ao Ministério da Saúde em resposta à enquete por consulta pública e solicitação de contribuição ao PCDT para OSTEOPOROSE, apresento as seguintes sugestões: Os medicamentos fornecidos pelo SUS atendem a algumas necessidades dos pacientes diagnosticados com osteoporose. Todavia, há situações em que os medicamentos antiabsorptivos (a saber, da classe dos BISFOSFONATOS: ALENDRONATO DE SÓDIO e RISEDRONATO DE SÓDIO) disponibilizados pelo SUS, podem acarretar efeitos colaterais gastrointestinais, sendo um dos mais frequentes a dispepsia (queimação no estômago) ou esofagite (inflamação do esôfago) motivo que pode levar o paciente a abandonar o tratamento. Em outras situações, o medicamento é contraindicado, como acalasia de esôfago e esôfago de Barret. 2 Nesta situação, deve-se utilizar a via endovenosa, no caso, o ZOLEDRONATO. Quando há insuficiência renal (DCE&lt; 15 a 30 ml/min), está contraindicado o uso de qualquer BISFOSFONATO. Quanto ao PAMIDRONATO, não há evidências científicas de sua eficácia antifratura na osteoporose, não devendo ser prescrito para este diagnóstico. NÃO faz parte da lista de medicamentos aprovados ou recomendados para tratamento da Osteoporose de nenhum Consenso das Sociedades Científicas em todo o mundo. 1 - Reid IR. Bisphosphonates in the treatment of osteoporosis: a review of their contribution and controversies. <i>Skeletal Radiol.</i> 2011 Sep;40(9):1191-6. 2 - Wysowski DK. Reports of esophageal cancer with oral bisphosphonate use. <i>N Engl J Med.</i> 2009;360(1):89. TERIPARATIDA deve ser incluída na lista de medicamentos para tratamento da osteoporose fornecidos pelo SUS, por ser a única medicação anabólica (ou seja, que atua basicamente aumentando a massa óssea por estimular a formação da mesma) disponível do mercado. O estudo pivotal do medicamento publicado na conceituada revista médica <i>New England Journal of Medicine</i>, por Neer e colaboradores<sup>3</sup> em 2001 demonstrou que o medicamento tem eficácia contra fraturas vertebrais (redução do risco em 65%) e não vertebrais (redução do risco em 53%). O medicamento deve ser prescrito por, no máximo, 24 meses. 3.4 O limite de 24 meses se deve ao risco de osteosarcoma, um câncer ósseo raro, que foi detectado nos estudos em animais que utilizaram a Teriparatida. 5 Neste sentido, indivíduos com alto risco basal de osteosarcoma, tais como pacientes com doença de Paget óssea, história prévia de radioterapia para tratamento de câncer, elevação não justificada da fosfatase alcalina sérica ou pacientes com epífises ósseas abertas, ou seja, ainda em fase de crescimento, tais como criança ou adolescente, não são candidatos ao 1. Sugiro a utilização da Classificação publicada pelas Sociedades Europeias Respiratória e de Cardiologia de 2015. As mudanças, sobretudo no grupo IV, que incluíram outros tipos de obstrução das artérias pulmonares, permitem melhor avaliação dos diagnósticos diferenciais da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). 2 Item 4.3. Em relação a exames complementares. Especificar que na cardiopatia congênita, o método para medida do débito cardíaco deve ser o de Fick. 3 Item 5 Critérios de Inclusão: a. Inclusão da HPTEC neste protocolo. Estudos publicados posteriormente a sua publicação demonstraram benefícios do riociguate nesta população. Como apresentado neste PCDT, estudos clínicos anteriores com bosentan, sildenafil e ioproforam foram negativos nesta população. O tratamento de escolha da HPTEC é a cirurgia (endarterectomia pulmonar), realizado de forma rotineira em poucos centros no Brasil, porém em torno de 30 a 40 % dos pacientes são considerados inoperáveis (trombos inacessíveis ou elevação da resistência vascular pulmonar desproporcional ao grau de obstrução vascular pelos trombos crônicos). O riociguate está indicado apenas para os pacientes com HPTEC não cirúrgica (avaliação em pelo menos dois centros de referência) ou com HP residual após endarterectomia pulmonar. Pacientes com trombos acessíveis, porém com co-morbidades que contraindiquem a cirurgia, não foram incluídos nos estudos clínicos. b. Em relação ao teste de caminhada, a HAP é uma doença progressiva; o diagnóstico em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional não contraindica o início de tratamento, ao contrário, é desejável o diagnóstico o mais precoce possível justamente para que a intervenção se inicie nas fases menos sintomáticas. Além disso, dados publicados pelo grupo da Faculdade de Medicina da USP/InCor demonstram em uma amostra de 178 pacientes com HAP, 45,5% encontravam-se em CF III-IV, porém pacientes em CF III caminhavam 419±34 m, valores superiores aos apresentados no registro espanhol e francês, respectivamente 343±111 e 319±92 metros. 4 Item 6. Critérios de exclusão. Os fármacos específicos para o tratamento da HAP não são contraindicados para a doença venoclusiva pulmonar, devendo ser considerados, porém com maior vigilância, visto ao risco de edema pulmonar. 5 Borrighi erro conceitual, que se repete em todo PCDT ao se referir a hipertensão pulmonar do grupo II, III, IV e V. O uso do termo HAP nestas situações é incorreto, o que pode confundir o leitor à utilização de fármacos específicos da HAP para as demais populações. Exemplo: HAP por doença cardíaca.</p>	<p>A osteoporose é uma doença muito prevalente no nosso meio, que carrega consigo alta morbimortalidade. O não tratamento adequado dessa enfermidade pode levar a tratamentos mais onerosos do que as medicações previstas mundialmente, quando um paciente necessita, por exemplo de prótese de quadril e muitas vezes tratamentos em UTI devido à complicações decorrentes desse tipo de fratura. Além disso, devo ressaltar que a PCDT está desatualizada e não atende às necessidades de todos os pacientes, incluindo uma medicação com poucas evidências de melhora com o seu uso (pamidronato).</p>		
26/10/2016	Especialista no tema do PCDT	Hipertensão Arterial Pulmonar	Muito Ruim	<p>Cardiologia de 2015. As mudanças, sobretudo no grupo IV, que incluíram outros tipos de obstrução das artérias pulmonares, permitem melhor avaliação dos diagnósticos diferenciais da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). 2 Item 4.3. Em relação a exames complementares. Especificar que na cardiopatia congênita, o método para medida do débito cardíaco deve ser o de Fick. 3 Item 5 Critérios de Inclusão: a. Inclusão da HPTEC neste protocolo. Estudos publicados posteriormente a sua publicação demonstraram benefícios do riociguate nesta população. Como apresentado neste PCDT, estudos clínicos anteriores com bosentan, sildenafil e ioproforam foram negativos nesta população. O tratamento de escolha da HPTEC é a cirurgia (endarterectomia pulmonar), realizado de forma rotineira em poucos centros no Brasil, porém em torno de 30 a 40 % dos pacientes são considerados inoperáveis (trombos inacessíveis ou elevação da resistência vascular pulmonar desproporcional ao grau de obstrução vascular pelos trombos crônicos). O riociguate está indicado apenas para os pacientes com HPTEC não cirúrgica (avaliação em pelo menos dois centros de referência) ou com HP residual após endarterectomia pulmonar. Pacientes com trombos acessíveis, porém com co-morbidades que contraindiquem a cirurgia, não foram incluídos nos estudos clínicos. b. Em relação ao teste de caminhada, a HAP é uma doença progressiva; o diagnóstico em fases em que há menor comprometimento da capacidade funcional não contraindica o início de tratamento, ao contrário, é desejável o diagnóstico o mais precoce possível justamente para que a intervenção se inicie nas fases menos sintomáticas. Além disso, dados publicados pelo grupo da Faculdade de Medicina da USP/InCor demonstram em uma amostra de 178 pacientes com HAP, 45,5% encontravam-se em CF III-IV, porém pacientes em CF III caminhavam 419±34 m, valores superiores aos apresentados no registro espanhol e francês, respectivamente 343±111 e 319±92 metros. 4 Item 6. Critérios de exclusão. Os fármacos específicos para o tratamento da HAP não são contraindicados para a doença venoclusiva pulmonar, devendo ser considerados, porém com maior vigilância, visto ao risco de edema pulmonar. 5 Borrighi erro conceitual, que se repete em todo PCDT ao se referir a hipertensão pulmonar do grupo II, III, IV e V. O uso do termo HAP nestas situações é incorreto, o que pode confundir o leitor à utilização de fármacos específicos da HAP para as demais populações. Exemplo: HAP por doença cardíaca.</p>	<p>O atual protocolo limita o tratamento diante de uma doença tão grave.</p>	<p>Não</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>